



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

“LAS RELACIONES DISFUNCIONALES EN LA FAMILIA, COMO  
UN FACTOR DE RIESGO PARA LA IDEACIÓN SUICIDA EN LOS  
JÓVENES”

TESIS EMPIRICA  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO  
EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
ADRIANA FABIOLA TAVARES LOZOYA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

ASESORES: DRA. MARTHA HERMELINDA CÓRDOVA OSNAYA

LIC. JOSÉ CARLOS ROSALES

DRA. PABLO MORALES MORALES

DRA. DIANA ISELA CÓRDOBA BASULTO



TLANEPANTLA, EDO. DE MÉXICO, 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

La muerte llegará, al fin y al cabo la muerte tiene buena memoria y nunca se  
olvidó de nadie

Jorge Bucay

### **Gracias a Dios**

Por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera.

### **Gracias a mis padres**

Por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias por guiarme sobre el camino de la educación, por enseñarme a salir adelante y a que no hay obstáculos en esta vida, por su fortaleza y por su ejemplo de seguir siempre adelante.

### **Gracias a mis Hermanos**

Por su apoyo, comprensión y por que pese a todo se que puedo contar con ustedes.

### **Gracias a mi hermano Ernesto**

Por tus comentarios, sugerencias y opiniones y por ser un buen amigo.

### **Gracias a mi amor Julio**

Por tu apoyo, comprensión y amor que me permite sentir poder lograr lo que me proponga. Gracias por escucharme y por tus consejos (eso es algo que lo haces muy bien). Gracias por estar conmigo en el momento más difícil de mi vida, por apoyarme en todas mis decisiones y por amarme tanto.  
Gracias por ser parte de mi vida; eres lo mejor que me ha pasado.  
TE AMO.

### **Gracias a mi amiga Belen**

Por hacer que cada pedazo de tiempo en la escuela fuera ameno. Porque estuviste conmigo en el momento que más necesite de una frase de aliento y por compartir tantas aventuras, experiencias, desveladas y triunfo.  
No voy a olvidar tus consejos, enseñanzas y ayuda durante toda la carrera.

### **Gracias a mi asesora Eguiluz**

Por su tiempo, paciencia y opiniones sirvieron para concluir mi tesis.

***Aquel que tiene un porqué para vivir se puede enfrentar a todos los "cómos".***

## INDICE

Resumen	
Introducción	
Justificación	7
<b>1.- FAMILIA</b>	
1.1. Definición de familia	8
1.1.2. Ciclo vital de la familiar	11
1.1.3 Tipos de familia	14
1.2. Características de la familia disfuncional	16
1.2.1. Comunicación Patológica	20
1.2.2. Violencia Intrafamiliar	26
1.2.3. Ausencia de una figura parental Significativa	30
1.2.4. Rechazo familiar	31
1.2.5 Falta de límites claros en casa	32
1.2.6 Enlaces con la sociedad	34
<b>2.- CONDUCTAS SUICIDAS EN JOVENES</b>	
2.1. Las conductas suicidas y su relación con la depresión y la desesperanza.	38
2.1.2. Ideación suicida en jóvenes	43
2.1.3. Intento de suicidio en jóvenes	47
2.1.4. Suicidio consumado	50
2.2 Precipitadores del Suicidio	54
2.2.1 Alcohol	54
2.2.2 Drogas	55
2.2.3 Problemas Familiares	58
2.2.4 Baja Autoestima	61
2.3 Factores Protectores del Suicidio	66
2.3.1 Religión	67
2.3.2 Familia	67
2.3.3 Construcción de la realidad	68

2.3.4 Grupo Social	71
2.3.5 Resiliencia	72
<b>3. MÉTODOLÓGÍA</b>	
-Resultados	80
-Discusión	88
-Conclusiones	91
Referencias	
Anexos	

## RESUMEN

La creciente relevancia como problema de salud pública de la conducta suicida en jóvenes hace necesario el estudio de ciertas variables que en algunas poblaciones son consideradas como factores de riesgo. Este trabajo tuvo como objeto investigar si las relaciones disfuncionales en la familia, son un factor de riesgo para la ideación suicida en los jóvenes.

Se estudio a un grupo de 116 estudiantes del nivel medio superior. Se les aplicaron cuatro tipos de instrumentos psicométricos que evaluaban, depresión, ideación suicida, cohesión y adaptabilidad familiar, y desesperanza. Los resultados indicaron que la depresión se correlaciona con desesperanza, la ideación suicida con desesperanza, la cohesión y adaptabilidad familiar se relaciona con la desesperanza y la ideación suicida con la depresión, sin embargo contrario a lo reportado en otras investigaciones no se encontró relación directa entre familia e ideación suicida.

## INTRODUCCIÓN

La familia es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.

En la interacción que se establece dentro de la familia no sólo se intercambia información, sino que se establecen jerarquías. Cuando un miembro de la familia se comunica con otro para pedirle algo no sólo le está dando información expresada de manera verbal, sino que le está comunicando quién es quién en esa interacción, y qué es esperable para cada uno de ellos. En la medida en que estas pautas de interacción se reiteran constituyen una pauta transaccional en la que se producen y mantienen relaciones jerárquicas (Bentancur 2002).

Desde este punto de vista en todas las familias podemos analizar la modalidad de interacción de sus miembros, y en el mismo momento estaremos explorando las jerarquías establecidas. Minuchín y Fishman (2005) para describir al sistema familiar de manera más precisa lo divide en subsistemas que permiten el cumplimiento de las funciones familiares. Por ejemplo va a considerar como subsistemas las díadas: marido- mujer, madre-hijo.

El valor del subsistema está dado por el hecho de que permite que se lleve a cabo el proceso de diferenciación de cada miembro del sistema familiar.

En términos de Minuchín: “La organización de la familia en subsistemas permite a cada miembro ejercer una suerte de diferenciación en la medida en que cada subsistema exige a cada individuo el ejercicio de roles diferentes, sosteniendo el sí mismo, que integra esos roles (el Yo soy).” 24

Sin embargo en ocasiones el sistema familiar no se adapta a las etapas de cada uno de sus miembros y/o no ejercen el rol que les toca, a este tipo de

familias se les denomina “Familias disfuncionales”, el tipo de relaciones que se establecen dentro de ellas son conflictivas como por ejemplo conflictos entre los padres y los hijos como lo son la falta de atención e interés de los padres por los problemas del joven, la relación poco confidencial y afectiva con los padres, la falta de comunicación intrafamiliar y el aislamiento social entre otras que influyen en que se presenten ciertas conductas suicidas (Betancour, 2002).

Este tipo de conductas cada día son más comunes entre los jóvenes, y de entre los factores de riesgo más usuales se encuentran el tipo de relaciones familiares disfuncionales, por ello el objetivo del presente trabajo es analizar si las relaciones disfuncionales en la familia, son un factor que lleva a los jóvenes a presentar ideación suicida.

En el primer capítulo el tema a tratar es la “Familia”, en este apartado se abordan los diferentes tipos de familia que hay, además de profundizar sobre las características de la familia disfuncional, en donde se habla brevemente sobre la relación de ésta con la presencia de algunas conductas suicidas, ya que el rompimiento o desacuerdo familiar está considerado como uno de los factores causales del comportamiento suicida, por lo que es importante analizar las relaciones familiares, para poder actuar preventivamente no sólo con el joven, sino con toda la familia.

En el segundo capítulo se aborda el tema de “Conductas suicidas”, en primera instancia se habla sobre su relación de estas con la depresión y la desesperanza que durante mucho tiempo se les ha relacionado entre sí, Jiménez (1997) menciona “Entre los factores de riesgo ya identificados se encuentran la depresión y la desesperanza” (p.4); que de acuerdo con Beck y cols. (1975 en: Jiménez, 1997) la desesperanza es definida como la actitud negativa hacia el futuro, que está relacionada con la conducta suicida, e incluso en forma más estrecha que con la depresión. Jiménez (1997) en su

Investigación sobre depresión, desesperanza e intento suicida refiere que de los sujetos hospitalizados por intento suicida presentan puntajes más

elevados de sintomatología depresiva que los pacientes psiquiátricos carentes de esta conducta.

Así mismo Terroba, Heman y Martínes (1986) refieren que se debe tomar especial importancia a los sentimientos de desesperanza, de inutilidad, a la presencia de un plan suicida detallado, a las fantasías suicidas, al aislamiento social y a la incapacidad para aceptar ayuda, así como a los síntomas depresivos ya que este tipo de características están estrechamente relacionadas con las conductas suicidas.

Por otra parte es de amplio conocimiento para la sociedad que este tipo de conductas se han convertido en un problema de salud y es más común que se presenten en jóvenes, por ello existe un apartado en que se hace referencia a este tema, así también como a algunos de los precipitadores del suicidio como lo son: el abuso del alcohol, drogas y cada vez más se relacionan con este tipo de conductas; como refiere Mora, Natera y Juárez (2005) los estudios realizados en México sobre las adicciones en poblaciones de educación media y media superior ha permitido conocer algunos riesgos que se asocian con el abuso del alcohol entre los que destacan el intento de suicidio.

Además Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, Tapia-Conyer. (2001) señalan que el suicidio en los adolescentes es un problema que va en aumento en nuestro país. En 1970, la tasa de mortalidad por suicidio para el grupo de 15-24 años fue de 1.9% por 100 000 habitantes, y en 1997 ascendió a 5.9%: un aumento de 21.2%. Existe la hipótesis de que el abuso de sustancias puede constituir uno de los detonadores de esta conducta, mediando entre la ideación suicida y la realización del daño con el propósito de quitarse la vida. De los adolescentes urbanos de entre 12 y 17 años, entrevistados como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones efectuada en 1998, 1.34% reportó haber intentado suicidarse. Este índice era 2 veces mayor entre quienes bebían alcohol, 5 veces más elevado en entre quienes usaban drogas y tenía una incidencia 5 veces mayor entre quienes reportaron tener problemas con alcohol o drogas.

Por otra parte otros factores de riesgo son los problemas familiares y baja autoestima de lo cuál se habla en otro apartado del presente trabajo, ya que tanto adolescentes como jóvenes son un grupo vulnerable, el cual se encuentra con gran riesgo de presentar alguna conducta suicida si no se sienten apoyados y comprendidos por las personas que se encuentren a su alrededor es decir de su familia. Por ello esta etapa de la vida es necesario mantener una buena relación con los padres, los cuales deben brindar confianza y seguridad al adolescente.

Y por otra parte se aborda algunos de los factores protectores del suicidio como lo son la Religión que en muchos sectores de nuestro país es un factor muy relevante para el como conducir su vida y por ello está les inculca el no atentar contra su vida. Otro factor es la familia, que si bien puede actuar como factor de riesgo también lo hace como factor protector ya que si en el núcleo familiar se fomenta el apoyo, la comprensión, el amor, la comunicación y el respeto mutuo se origina un ambiente de bienestar lo cuál actúa como una capa protectora para que no se presenten las conductas suicidas.

De igual forma otros factores protectores son la construcción de la realidad que cada uno va formando en conjunto con la relación que se establece con su grupo social, ya que las creencias que se tengan acerca de la vida y la muerte en nuestro grupo social, son de gran influencia en nuestra vida.

Y finalmente el último factor protector del que hago mención es “La resiliencia”, que es la capacidad que cada individuo tiene para afrontar sus problemas y salir de ellos, y así como la capacidad de poder tomar la fortaleza para superarlos.

Para finalizar en el tercer capítulo de este trabajo se presenta la metodología y los resultados de la investigación realizada en jóvenes de entre 14 y 23 años, con el objetivo de detectar si las relaciones disfuncionales en la familia son un factor que lleva a los jóvenes a presentar ideación suicida y si

ésta está relacionada con la depresión y con los sentimientos de desesperanza.

# 1. FAMILIA

## 1.1. Definición de familia

Para hablar del término familia hay que referirnos en principio al modelo sistémico, que aparece en los años cincuenta, en el campo de la salud mental, en donde los planteamientos básicos de esta concepción consisten en mirar el mundo como un todo organizado en donde la búsqueda de principios organizadores es lo que cuenta. Y es importante hablar de este modelo por que desde esta perspectiva la familia, como todo sistema tiene una estructura, la cual es concebida de acuerdo con Minuchin y Fishman (2005), como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia.

Así mismo Carter y McGoldrick (en Eguiluz, 2003) definen a la familia como la unidad base de toda sociedad, es el grupo formado por la madre, el padre y los hijos, que constituye una unidad diferenciada del resto de la comunidad. La familia es como un sistema vivo y en constante evolución, los hechos que caracterizan a la transformación cíclica del sistema familiar son “la relación de noviazgo, el matrimonio, la crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar y la muerte de algún miembro de la pareja” (p.8).

La familia a su vez esta conformada por varios subsistemas u holones, holón se refiere que: se es un todo y una parte al mismo tiempo, con lo que se considera entonces que la familia es un todo (sistema familiar) y a la vez un sistema que es parte de otro (s) mayor (es), como lo es en el caso de la sociedad y la familia de origen. (Minuchin, 1986 en: Montalvo y Soria, 1997)

Los diversos holones que conforman a la estructura familiar son:

Holon Individual (cada individuo es un subsistema)

Holon conyugal (subsistema de la pareja)

Holon parental (subsistema de los padres)

Holon fraterno (subsistema formado por los hermanos).

Además de encontrar diversos subsistemas dentro la estructura familiar, Ledesma (2001) menciona que también es común que se identifiquen uno o más de los siguientes elementos:

**Jerarquías.** Se refiere a la persona en quién esta centrado el poder.

**Coalición.** Es la unión de una o más personas con la finalidad de cuestionar o descalificar a un tercero (Umbarger,1983).

**Centralidad.** Es cuando en base a uno de los miembros gira la mayoría de las relaciones familiares.

**Periférico.** Miembro de la familia que pasa desapercibido, además de que no se toma en cuenta su opinión y se relaciona muy poco con los demás.

**Alianza.** Es cuando dos miembros de la familia se unen para realizar algo o para llegar a acuerdos.

**Triangulación.** Se refiere a coaliciones desviadoras e intergeneracionales. Se caracteriza por que dos miembros de la familia se encuentran en contra de uno (Umbarger, op.cit).

**Paciente Identificado.** Se caracteriza por ser un miembro de la familia al cual los demás miembros de la familia lo señalan como problema. Sin embargo es en el que recaen casi todos los problemas familiares y por ello en ocasiones muestra su síntoma como un acto comunicativo para expresar que se encuentra en una situación difícil de superar o escapar.

**Hijo Parental.** Se refiere al hijo que cuando el padre o madre no están o no cumplen con su función, adquiere una jerarquía párental, es decir una jerarquía que lo coloca por encima del resto de sus hermnos.

Así también Ledesma (op.cit.) refiere que dentro del sistema familiar disfuncional en ocasiones suele presentarse alguna o algunas de las siguientes características:

**Amalgamiento.** La familia se encuentra débilmente integrada, confundida, desorientada y conflictiva debido a que existen choque de fuerzas y energía emocional difícil de manejar, existiendo dependencia y hostilidad ante sus miembros.

**Caóticos.** Son aquellas familias en donde hay un problema concerniente al control, además de existir alteración en la organización jerárquica y descontrol en la práctica de sus funciones.

**Complementariedad.** Las familias que tienen estas características se encuentran en desigualdad por que uno de ellos controla la relación, mientras que otro recibe y acepta esa relación.

**Simbiosis.** Es cuando los miembros de la familia pierden su individualidad por lo que su interdependencia les impide todo desarrollo individual. (De la fuente, 2004).

**Simetría.** Es una forma de comunicarse o comportarse en donde los participantes están en una situación de desigualdad y es de tipo competitivo.

Todas estas características concernientes a la estructura familiar pueden influir en alguna medida en la aparición de las crisis, pero no son determinantes, pues existen otros elementos que son los definitivos en su aparición como son: el funcionamiento familiar, la comunicación, los lazos de afecto, el cariño y el amor mutuo entre los miembros de la familia.

Según Estrada (1990) conocer la estructura de la familia no solo ayuda a integrar un mejor diagnóstico, sino que ofrece nuevas luces en el tratamiento, prevención e investigación de los problemas emocionales, como en el caso específico del suicidio. Ya que el suicidio en los adolescentes y jóvenes se ha asociado a diversos aspectos de la interacción familiar como: las relaciones conflictivas entre los padres, la falta de atención e interés de los padres por los problemas del joven, la falta de comunicación intrafamiliar y el aislamiento social. (Adams, Overholser Lente, 1994; Davidson & Choquet, 1982 en: Betancour, 2002).

Visto desde esta perspectiva, la familia es un factor que influye en los procesos de salud-enfermedad de alguno de sus miembros. Para poder entender este tipo de correlación es importante mencionar que existen dos mecanismos principales que regulan el funcionamiento familiar y que de estos depende que marchen bien las cosas o que el sistema enferme, y son los siguientes:

El proceso de homeostasis: en donde cada uno de los miembros está colocado en una posición especial respecto a los otros. Es decir que cada uno de los miembros ha sido seleccionado para que desempeñe ciertas funciones.

Una red de comunicación: la cual juega un papel importante en la salud o enfermedad del individuo, dado que la comunicación en todos sus niveles ya sea verbal o no, activa o ausente en apariencia, siempre tendrá un efecto, tanto para quienes está dirigido el mensaje, como para quién lo emite. Por lo que la comunicación en ocasiones puede producir una ruptura con las fuentes de amor y seguridad que representan los miembros del sistema familiar (Estrada, op.cit.).

Por ello como resultado de estos dos mecanismos se da origen a la aparición de roles en la familia, lo cual determina que circulen bien las cosas o que el sistema enferme ya que cuando aparecen interrupciones, estancamientos, o excesivas dificultades para realizar estos cambios morfogénicos, el sistema familiar llega a situaciones que provocan el padecimiento de sus miembros y, tal vez, puedan aparecer o agravarse algunos síntomas graves en algunos de sus miembros.

Todo esto ocurre como en cualquier otro sistema vivo, ya que se presenta un proceso de desarrollo, en el cuál se atraviesa por una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones. Estos cambios conllevan a crisis, de menor y mayor intensidad, puesto que al pasar de una etapa a otra las reglas del sistema cambian. Por lo que a continuación ampliaré un poco más este punto hablando del ciclo vital de la familia.

### 1.1.2. Ciclo vital de la Familiar

Como ya se mencionó en el apartado anterior las familias recorren a lo largo de la vida un ciclo que de acuerdo con Eguiluz (op.cit) está conformado por las siguientes etapas:

- El enamoramiento y noviazgo
- El matrimonio
- La llegada de los hijos,
- Los hijos adolescentes y adultos
- La vejez y jubilación.

Cada una de estas etapas son importantes para la familia porque al estar marcadas por la evolución natural y progresiva de sus miembros, están cargadas de situaciones nuevas que implican toma de decisiones, redefinición de acuerdos y tareas así como cambios en cuanto a la estructura y dinámica familiar. A continuación se detallan algunos aspectos de cada etapa.

Para Eguiluz (op. cit) la primera etapa que corresponde al enamoramiento y noviazgo “se inicia cuando dos individuos distintos, que pertenecen a diferentes grupos sociales, se separan de su grupo original con la intención de formar un nuevo sistema” (p.9).

Cuando la pareja ya ha decidido dar el siguiente paso que es el matrimonio, de acuerdo con Satir (1989) el trabajo, la familia, los amigos e intereses de cada uno parecen adquirir tanta importancia como el hecho de estar juntos, por lo que estas actividades pueden parecer en ocasiones que compiten más por la atención de cada uno de ellos.

En esta fase la pareja suele darse cuenta que solamente se conoce un aspecto del compañero y que además como refiere Satir (op. Cit.) “la persona se casa solamente conociendo una faceta de su compañero y luego espera que el resto de la personalidad esté de acuerdo con ese aspecto” (p.132) cosa que no siempre sucede, por esta razón es necesario tomar en cuenta que se

necesita del amor y del proceso para estructurar a la familia, ya que ninguno de estos se puede ver por sí solo.

Además de este tipo de circunstancias que pueden presentarse durante el matrimonio, se le aumenta una crisis con la concepción, el embarazo y el nacimiento de un hijo o de varios. Con el nacimiento de los hijos la pareja pasa a una nueva etapa, los hijos requieren de un espacio físico y emocional, lo cual obliga a la pareja a reestructurar el contrato matrimonial y las normas que hasta ese momento se habían establecido dentro de su convivencia diaria.

Minuchin (1986) coincide que con el nacimiento de un niño se plantea un cambio radical en la organización de la familia, por que las actividades de la pareja tienen que adaptarse ahora a las demandas o necesidades del niño, sobre todo tienen que reestructurar sus horarios.

Es así como ahora el sistema pasa por cambios difíciles, transformándose de un sistema de dos a un sistema de tres. Durante esta etapa las funciones de cada uno de los miembros del sistema se modifican, un ejemplo claro es que la madre ahora pasa más tiempo con el nuevo miembro de la familia, por lo que en ocasiones el padre se siente relegado.

Conforme los hijos crecen y adquieren autonomía, se pasa a otra de las etapas del ciclo vital, y los hijos entran en la etapa de la adolescencia o de la adultez, dependiendo de cómo este formado el sistema familiar. Y es aquí donde los adolescentes pueden tener desacuerdos con las reglas establecidas dentro de su sistema familiar.

Es en esta etapa en donde hay muchas tensiones que enfrentar y que coinciden con la edad media de la vida de los padres y con la jubilación de los abuelos, en este espiral continuo que es la vida de familia el adolescente debe adecuarse a los cambios físicos que se producen en la pubertad, desarrollar independencia con respecto a las figuras parentales, establecer reglas y formas de relacionarse con personas de su mismo sexo como también del sexo opuesto y prepararse para elegir una vocación.

Además el adaptarse a su nueva estructura corporal es una de las grandes tareas del adolescente, ya que su cuerpo se desarrolla y de pronto es tan diferente, debiendo presentarse con él en la sociedad. Sin embargo, los mayores retos de la época de la adolescencia tienen que ver con el desarrollo paulatino de una filosofía de vida, una forma de vida y una visión del mundo.

Casullo (2000) menciona que la etapa evolutiva designada como “adolescencia” (trece a dieciocho años) supone, desde una perspectiva cognitiva, que el sujeto está en posesión de habilidades que lo capacitan para las operaciones formales de pensamiento: el adolescente puede analizar posibilidades, no sólo realidades concretas, y por ello, elabora complejos sistemas de razonamiento, reconstruyendo el universo de su infancia.

Y es dentro de esta etapa que el adolescente, debe desarrollar una identidad que le permita saber quién es, hacia dónde se dirige y qué posibilidades tiene de llegar allí. Los adolescentes no necesariamente rompen con su familia para hacer algo diferente, ya que pueden compartir gustos con sus padres, pero deben ir adquiriendo una identidad propia.

En esta etapa en que la pareja tiene hijos adolescentes, de acuerdo con Vargas e Ibáñez (2006), si la relación como pareja es estable pero conflictiva, el crecimiento de los hijos podrá empeorar la situación, debido a que también los problemas crecen y los problemas en que se involucran los adolescentes pueden ser mucho más serios. Cuando existen fuertes dificultades en el matrimonio y el hijo incurre en un problema grave, (delincuencia, problemas de conducta, adicciones, ideación suicida o intentos de suicidio, etc.), los padres se olvidan de sus problemas como pareja y se unen para hacer frente a los problemas de sus hijos. Y esto se convierte en un ciclo de situaciones que se presenta de forma indefinida (hijo en problemas, unión para afrontar los problemas del hijo).

Por lo que, es importante que los padres como menciona Eguiluz (op.cit) se adapten a que sus hijos conforme van creciendo pasen menos tiempo en casa, ya que amplían sus círculos sociales e intervienen menos en las

actividades familiares. También poco a poco se van acostumbrando a esta situación y aceptan la partida de los hijos del hogar.

Finalmente con la partida de los hijos los padres o pareja pasan a otra etapa en donde, si es que ambos trabajaban llegarán a su jubilación y vejez que de acuerdo con Eguiluz (op.cit) es aquí donde posiblemente retomen su relación conyugal.

Sin embargo, en otras ocasiones esto no es posible debido a que alguno de los miembros o en ambos pueda existir algún daño físico o psíquico, y en este caso uno de los miembros de la pareja tendrá que desempeñar el rol de cuidador. Y por lo tanto los hijos tendrán que intervenir también en el cuidado de los padres.

### **1.1.3 Tipos de familia**

Como ya vimos con el pasar de los años las familias van cambiando, ya que a su vez los miembros de esta cambian al igual que sus reglas, costumbres etc., por lo que como menciona Melgoza (2002) todas las familias difieren entre sí aunque puedan compartir características generales como el nivel socioeconómico y/o cultural. Sin embargo, al presentar formas organizacionales definidas de entender y darle sentido a la realidad se convierten en entidades únicas. De acuerdo con este autor existen dos tipos de familias:

**Familia Flexible:** en donde los límites son claros, los subsistemas se encuentran bien diferenciados y las jerarquías no están alteradas, lo que beneficiará el surgimiento de redes de apoyo y en general se desempeñará más libremente.

**Familia Disfuncional.** En donde se presenta los mayores conflicto, limitando con ello la forma de relación entre sus miembros y por consiguiente sus alternativas para desarrollarse.

Por otro lado Minuchin y Fishman (en Ledesma, op. cit) dividen en 10 categorías a las familias según su composición:

Familias de pos de deux. Se forman por solo dos miembros que inconscientemente presentan una dependencia reciproca, ejemplo de estas familias son, las formadas por un solo progenitor, y un hijo, o las familias en las que uno de los miembros ha fallecido o que por alguna otra circunstancia se ha alejado de la familia.

Familias de tres generaciones. Estas familias son igualmente llamadas extensas. En donde viven abuelos, los hijos y los nietos ó en ocasiones hasta los tíos.

Familias con soporte. En este tipo de familia no solamente trabaja el padre para mantener a la familia, si no que también se ve apoyado por alguno de sus hijos, el cual adquiere cierto estatus que le da acceso a la toma de decisiones a nivel de hijo parental.

Familias Acordeón. En este tipo de familia, alguno de los progenitores vive alejado de los miembros del sistema familiar, delegando al otro progenitor la responsabilidad en la toma de decisiones.

Familias Cambiantes. Estas familias, son aquellas que por motivos económicos o de pareja constantemente cambian de vivienda. Lo que implica pérdida de amistades y el ingresar a contextos nuevos, es posible que esto conlleve a desestabilizar a la familia.

Familias Huésped. Estos tipos de familias se caracterizan por la inserción de un niño huésped, el cuál sólo estará de forma temporal en el sistema familiar, sin embargo; en ocasiones la familia se organiza como si no fuera huésped, y se crean lazos padre-hijo, lo cuál debe evitarse por que el niño se vuelve vulnerable cuando debe mudarse a un nuevo hogar.

Familias con Padrastro o Madrastra. En esta familia la estructura cambia, cuando un padre adoptivo se suma a la unidad familiar. Es posible que los hijos dupliquen sus demandas dirigidas al padre natural. Es necesario en este tipo de familias que tanto el padre natural como el nuevo tendrán que adaptarse.

Familias Descontroladas. En estas familias, uno de sus miembros presenta síntomas en su área de control, en uno o en varios campos, como por ejemplo en la organización de la jerarquía y/o en la proximidad de sus miembros.

Familias Psicosomáticas. Este tipo de familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Procuran mantener la paz y evitar los problemas entre ellos.

Familias con un Fantasma. Son aquellas familias que han sufrido la pérdida de alguno de sus miembros, ya sea por fallecimiento o por separación definitiva y se encuentran con problemas para reasignar las tareas que tenía éste.

## **1.2. Características de la familia disfuncional**

De acuerdo con Melgoza (2002) como ya se mencionó todas las familias son diferentes entre sí, sin embargo; pueden compartir características generales, algunas familias lidian continuamente con los problemas durante toda su vida, otras solo experimentan dificultades durante determinados períodos del ciclo de la vida.

La familia disfuncional es donde se presentan las mayores dificultades para cumplir su papel, limitando con ello la forma de relación entre sus miembros y por ende sus alternativas para desarrollarse. La realización de tareas dentro de este tipo de familias quizá se vea comprometida por un entorno insoportable, por una enfermedad física o mental, de uno o más

integrantes de la familia, o por un conflicto grave entre sus miembros, sobre todo en la díada conyugal o entre los cuidadores adultos.

Ritvo y Glick (2003) menciona que los problemas familiares episódicos pueden estar relacionados con: 1) una incapacidad para afrontar adecuadamente las tareas de las fases por la que atraviesa la familia, 2) la necesidad de pasar a una nueva fase familiar y 3) el estrés provocado por sucesos indosincrónicos inesperados.

Es por ello, que se debe poner especial atención en las dimensiones de la estructura familiar sobre todo en aquellas referentes a los límites, la jerarquía y las coaliciones de la familia.

Minuchin (1974 en: Ritvo y Glick: op.cit) menciona que en este tipo de familias los límites son un continuo que va de la amalgama a la desconexión; la amalgama es un estilo de participación familiar cuyos límites dentro de la familia son muy penetrables, pero los que hay entre ésta y el exterior suelen ser muy rígidos. En las familias desconexas o desligadas, sólo un grado elevado de estrés puede repercutir con la suficiente fuerza para que active los sistemas de apoyo de la familia (por ejemplo una enfermedad o intento grave de suicidio). Si los límites se relacionan con la proximidad, la dimensión de la jerarquía se define en términos de la autoridad o de la influencia relativa que los integrantes de la familia ejercen en relación con otros.

Otra característica de la familia disfuncional es la que refiere Gimeno (1999) y es la existencia de dobles vínculos o dobles coerciones los cuales se dan con mayor frecuencia e intensidad en las familias disfuncionales y patológicas, siendo a la vez causa y efecto del malestar familiar.

El doble vínculo es una transacción, que conlleva dos mensajes, uno verbal y otro no verbal. El mensaje explícito (verbal) es acorde con los valores y norma de la cultura o de de la familia, mientras que el mensaje implícito (no verbal) suele ir asociado a emociones negativas vividas y no aceptadas conscientemente. Los dos mensajes afectan de modo intenso la relación entre

los dos miembros de la familia implicados y se refiere a cuestiones de gran importancia vital como lo es: la autoestima personal o los valores fundamentales de la familia, pues van, acompañados de una fuerte carga emocional que atrapa al sujeto porque le impide diferenciarlos y así distanciarse de ellos y responder de modo adecuado.

Además, de este doble vínculo dependencia/independencia, aparecen en la familia multitud de dobles vínculos: aproximación/distanciamiento, deseo de intimidad/miedo a perder la propia identidad, sentimientos de afecto/rechazo a la misma persona, admiración/decepción, confianza/desconfianza hacia los demás, necesidad de pedir ayuda /deseo de ser autosuficiente, el referido a los roles masculinos/femeninos, el de entrega generosa/deseo de reconocimiento, el de deber ser igual a los demás/ser diferente, el de tener éxito en la vida/ser humilde, el de alegrarse/sentirse culpable ante la satisfacción propia o ajena, etc.

Además de estas formas disfuncionales de las relaciones de las familias, De la Fuente (2004) agrega además otras, una de ellas es la simbiosis la cual puede ser asunto de dos o más miembros de la familia. También este autor menciona que el aislamiento social la hostilidad crónica y la falta de relación afectiva son formas de disfunción familiar relativamente frecuente.

Otra forma es el patriarcado o el matriarcado que pueden ser orientaciones predominantes que afectan la vida de sus miembros, es decir, que puede existir un padre o una madre despóticas, en donde uno es dominante y otro sumiso, por lo que se encuentran patrones estables o cambiantes, en donde puede darse el distanciamiento emocional de la madre y el padre, quien ha sido forzada a aceptar una posición débil y pasiva y por otra parte el padre juega un papel dominante y agresivo, o viceversa.

Otra de las características de las familias disfuncionales al ser rígidas, es que se crean condiciones que propician el que se presenten síntomas de bajo rendimiento, académico, problemas de conducta, psicopatías, psicosis, ideas suicidas etc., en alguno o en la mayoría de los miembros de la familia.

Ritvo y Glick (op.cit), refieren que en ocasiones en este tipo de familias las emociones de los hijos se niegan, contradicen, ignoran o castigan de manera constantes, lo que genera depresión rabia y una sensación de aturdimiento en los menores. Algunas de las explicaciones que estos dos autores proporcionan de los síntomas disfuncionales relacionados con el este tipo de sistema familia son las siguientes:

- Quizá surjan como resultado de una comunicación o de pautas de interacción problemáticas en la familia.
- Posiblemente señalen un impasse (obstáculos insuperables en un determinado momento del desarrollo en el ciclo de la familia)
- Es factible que sean parte de una solución conductual que falla en su cometido.
- Tal vez reflejen problemas en la estructura y organización en la familia.
- Llegan a expresarse cuando los aspectos de la vida de una familia se niegan o disocian,
  - Pueden representar una falta de validación
  - Probablemente sean una expresión de alguna enfermedad médica o psiquiátrica subyacente
  - Quizá se relacione simplemente con la falta de fortuna o mala suerte.

Los integrantes de las familias disfuncionales quizás manifiesten estilos de razonamiento y comunicación que resultan particularmente difíciles para los niños, lo que comprende ideas pertinentes, proyectivas o extrañas.

También uno de los problemas de comunicación existentes dentro de la familia disfuncional son los secretos que solo conocen algunos integrantes de la familia y otros no, los secretos impiden la comunicación clara, sesgan las coaliciones y desconciertan a los hijos que saben que algo anda mal pero no saben qué.

Castillo (2002) menciona que en ocasiones las actitudes negativas o disfuncionales de muchos padres surgen a raíz del descontento producido por la transformación de la forma de ser y de comportarse de su hijo. Las actitudes proteccionistas y autoritarias de los padres solo sirven para desencadenar el conflicto de sus hijos adolescentes. El conflicto de acuerdo con este autor se manifiesta por ciertas situaciones tales como:

- Los estudios
- El dinero
- Las reglas y costumbres de la familia
- La forma de vestir
- El uso de tiempo libre

En los siguientes apartados se mencionaran algunas de las características o componentes de las familias disfuncionales.

### **1.2.1. Comunicación Patológica**

De acuerdo con Eguiluz (op. cit) una de las características que definen al ser humano como tal, es su capacidad y necesidad de comunicarse. Para Swihart (1985, en Eguiluz op. cit.), la comunicación es un proceso mediante el cual entendemos a los otros y buscamos ser entendidos por ellos. Así, mediante la comunicación podemos lograr respeto, empatía o una íntima relación, separación y contienda.

El sistema de comunicación toma en cuenta los siguientes componentes:

- Las personas que interactúan en la relación comunicativa, poseyendo una imagen de sí mismos y de sus atributos.
- Las otras personas, como un objeto de la relación comunicativa, tal como son imaginadas por cada autor.
- Las reacciones de cada persona a la imagen que se hace del otro y a la suposición que se hace de cómo lo ve el otro.

- Las respuestas que la persona da al otro como consecuencia de las reacciones indicadas en (c). Eventualmente, estas reacciones pueden consistir en mensajes verbales.
- Los propios fines que cada persona persigue en la interacción y en la representación que se hace de los fines que persigue el otro.
- La manera en que cada persona interpreta que el otro valora los fines del primero (Serrano, Piñuel, García y Arias,1993).

Satir (op. cit.) por su parte refiere que la comunicación “abarca toda la amplia gama de formas en que las personas intercambian información; incluye la información que proporcionan y reciben, y la manera en que ésta se utiliza. Es importante entender que en cada diálogo, todo el cuerpo comunica, no sólo con palabras, sino, con cara, voz, respiración y músculos.

Está autora presenta un diagrama de la comunicación:

Comunicación verbal = palabras.

Comunicación corporal/sonora =  
expresión facial  
posición del cuerpo

tensión muscular  
ritmo respiratorio  
tono de voz

Watzlawick, Beavin y Jackson (1995) coinciden con Satir (op.cit) en cuanto a que analizan los fenómenos de la comunicación humana resaltando la pragmática y los efectos que causan toda comunicación en la interacción que se desarrolla entre los elementos del sistema familiar.

“Toda conducta y no sólo el habla, es comunicación y toda comunicación incluso los indicios comunicacionales de contextos interpersonales, afecta a la conducta”, Watzlawick, Beavin y Jackson (1995, p.24)

Debido a que la conducta se ve alterada de una u otra forma en el proceso de comunicación, es importante mencionar que esta conducta puede estar regulada por alguno de los cuatro modelos de comunicación que menciona Satir (op.cit.):

**APLACAR.** Aquella persona que se comunica de esta forma, siempre habla de manera a congraciarse, tratando de complacer, de disculparse, y nunca esta en desacuerdo en ninguna forma.

**CULPAR.** Ó también denominado acusador a quién utiliza este tipo de comunicación, siempre encuentra fallas, es un dictador que manda y suele sentirse superior.

**SUPERRAZONAR.** Las personas que se comunican de esta forma son exageradamente correctas y razonables y no demuestran ningún sentimiento. Usa las palabras más largamente posibles.

**DISTRAER.** También se le denominara a esta persona el irrelevante o hará cosas que tenga poca relación con lo que digan los demás. La sensación interior es de confusión. Y estará siempre moviendo la boca, el cuerpo, los brazos y las piernas.

La comunicación lo es todo y por ello es importante mencionar cuáles son los estilos de comunicación dentro del sistema familiar, ya que es aquí donde aprendemos como comunicarnos con otros sistemas.

Olson (1985 en: Gimeno, 1999) considera que la comunicación es un proceso de interacción y refiere que existen dos tipos de habilidades dentro de ésta: la positiva y la negativa. Dentro de la primera se encuentran la escucha reflexiva, la empatía y los comentarios de apoyo, alcanza niveles distintos en

las familias funcionales y en las que no los son. Se trata de habilidades que capacitan a las parejas y a las familias a compartir sus necesidades y preferencias así como adaptarse al cambio lo que favorecen tanto a la cohesión como a la adaptabilidad.

Dentro de las habilidades de comunicación negativas se encuentra aquellas como: el doble vínculo, el doble mensaje y las críticas, que producen el efecto contrario y negativo en el proceso familiar. Es decir, fomentan el distanciamiento y el rechazo, no invitan a compartir experiencias ni sentimientos y generan incomprensión entre los implicados facilitando la destrucción.

Las características de la comunicación familiar de acuerdo con lo mencionado por Olson (1985 en: Gimeno, op.cit.) son las siguientes:

- Existencia de redundancias moderadas en las interacciones intrafamiliares, dándose que las familias con síntomas patológicos muestran un número de episodios de redundancia muy altos.
- Relaciones equilibradas entre interacciones simétricas y complementarias, ya que las relaciones simétricas acaban siendo competitivas y las que sólo son complementarias resultan problemáticas abocando a la rigidez de las relaciones.
- Muy escasa disyunción entre canales verbales y no verbales (digital y analógico), disyunción que conlleva emparejadas patologías graves.
- Ausencia de mensajes, de descalificación, así como de mensajes contradictorios e inconsistentes, generándose ansiedad y confusión cuando se da una gran cantidad de estos mensajes.
- Ausencia de desautorización de los mensajes del otro, con la siguiente repercusión negativa en el interlocutor.
- Consistencia intrafamiliar en la percepción de las consecuencias de comunicación, con efectos negativos cuando dicha consistencia presenta características muy débiles.

- Relegación a un segundo plano de la metacomunicación, siendo los valores altos de dicho abandono propios de las familias en escalada de conflicto, mientras que la existencia de cierta capacidad de metacomunicación se convierte en uno de los medios familiares propios en el intento de abordar las disyunciones familiares.

Por su parte Koestler (1986 en: Watzlawick et. al 1995) refiere que: “las relaciones familiares pertenecen a un plano donde no rigen las normas corrientes del juicio y la conducta. Son un laberinto de tensiones, disputas y reconciliaciones, cuya lógica es autocontradictoria, cuyos valores y criterios están distorsionados “ (p. 81) .

De forma tal que al no fomentar en la familia una forma de comunicación adecuada con los hijos basada en el afecto y respeto, así como el no dedicarles tiempo e interés, conlleva a traer consecuencias para estos como: fomentar estados de tristeza, o aislamiento del individuo que influyen para el desarrollo de la depresión, que es mantenida por las interacciones entre los miembros y construida dentro del núcleo familiar (Barcena, 2002)

Así mismo también Matteson (1974, en: Barcena, op. cit.) la comunicación disfuncional conflictiva en la familia afecta las relaciones interpersonales dentro de la misma, reflejando la infelicidad e insatisfacción de los miembros, especialmente entre la relación marital y la autoestima de los hijos. Esta autora, plantea que los problemas que aparecen en las familias disfuncionales tienen su origen en dos factores:

Los hijos aprenden modelos inadecuados de comunicación de los padres lo que contribuye a que los primeros mantengan una autoestima disfuncional.

Los modelos disfuncionales de comunicación entre conyugues son un elemento que contribuye a la insatisfacción de la pareja, ya que los hijos aprenden esos modelos y consecuentemente son repetidos en su entorno social.

Debido a estos dos tipos de modelos se originan mayores dificultades a los miembros para su desarrollo individual y social. Por que es de la dinámica disfuncional de la pareja donde surgen conflictos que pueden tener origen en factores internos y pueden ser desplazados hacia el exterior: como el trabajo, con familiares, o con las personas con las que conviven fuera de la familia y esto puede ser debido a que los problemas que se tocan dentro del sistema familiar no son resueltos, en ocasiones ni siquiera comentados por lo conyugues o con los miembros de la familia y eso puede tener repercusiones en los estado de ánimo del sistema y en su comunicación con el medio exterior.

Es así que cuando existe tensión en las relaciones maritales, los conflictos pueden deberse a la falta de comunicación y de interés en la situación de la pareja, en los asuntos personales del otro, en las actividades de sus hijos.

Rivero (1996) considera que los conflictos conyugales no resueltos provocan en los hijos perturbaciones emocionales que desencadenan conductas inadaptadas y síntomas psicofisiológicos que se mantienen y se refuerzan en el medio ambiente familiar, debido a que los padres suelen utilizar a los hijos como “chivo emisario” para obtener información del otro, para ponerlos en contra del otro, para obtener dinero o bien en casos extremos, para perjudicar más al otro.

Lo único que causan los padres es que el hijo absorba esa problemática ocasionándoles estados de incertidumbre al no saber de qué lado estar o a desarrollar sentimientos de tristeza o depresión por no saber cómo enfrentar la situación. Así también, dentro de ésta situación, el hacer uso excesivo de los castigos a los hijos, el no proporcionarles un estimulación cognoscitiva y la rigidez en las normas del sistema que prevalece, se asocia la inhabilidad, frustración y dificultad en controlar los impulsos, ya que el estilo de crianza rígido y severo se encuentra relacionado con problema de ajuste emocional en el individuo.

### 1.2.2. Violencia Intrafamiliar

Corsi (2004) refiere que los datos empíricos muestran a la familia, por sus características de intimidad, privacidad y creciente aislamiento, como una organización que tiende a ser conflictiva. Sin embargo, se intenta conservar una imagen idealizada de la vida familiar, como un núcleo de amor más que de violencia potencial. Ahora bien, el conflicto, que parece inherente a la vida de la familia, no genera necesariamente la violencia podríamos decir que, por el contrario, el negar la inevitabilidad del conflicto es lo que muchas veces contribuye a la aparición de violencia.

La violencia constituye por desgracia, un problema frecuente en las familias mexicanas. Cuando hablamos de violencia familiar nos referimos, pues, a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico el vínculo familiar.

En la actualidad la violencia familiar representa un grave problema social, ya que se estima que alrededor del 50% de las familias sufre o ha sufrido alguna forma de violencia. Caballero, Ramos González y Saltijeral (2002), conceptualizan a la violencia familiar en un sentido amplio como “todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia” (p.132) y a su vez mencionan que la dinámica de la violencia familiar es compleja, tiene diferentes actores, víctimas y perpetradores, se manifiesta de diversas formas, por que no se limita al ámbito doméstico en tanto a espacio se refiere, si no que se extiende a cualquier lugar donde se mueva la díada víctima - perpetrador.

Trujano, Gómez y Mercado (2004) reconocen que la violencia puede manifestarse de diversas formas:

- *La violencia física* que es la más evidentes, y la que en un momento dado suele movilizar con mayor facilidad los recursos (sociales, psicológicos, médicos, legales, etcétera), de apoyo a las víctimas. Su objetivo es ocasionar daño al cuerpo y puede incluir

quemaduras, bofetadas, patadas, mutilaciones y conducir a la muerte.

- *La violencia sexual*, que comprende aquellas conductas, actos u omisiones tendientes a generar menoscabo en la sexualidad (entendida como un conjunto de sentimientos en función de que se posee un sexo) de la víctima. Incluye hostigamiento, tocamientos, caricias indeseadas, y en general, la imposición de actos eróticos hasta la violación, en contra de la víctima.

- *La violencia psicológica o emocional* contempla indiferencia, silencios, negligencia, devaluación, crítica negativa, retiro de afecto y cualquier tipo de comportamiento encaminado a minar la autoestima.

De la misma manera Corsi (op. cit) también refiere que “La dinámica del poder es una de las características comunes de las diversas formas de la violencia familiar (p.31)”. El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia.

De acuerdo con Martos (2004) no importa en cual de sus formas se presente la violencia intrafamiliar, esta se genera en un ciclo que ocurre en 3 etapas:

Acumulación de tensión: se inicia la violencia desplazada a otros objetos y a medida que las tensiones se acumulan se incrementa la violencia; el verdugo siente que su tensión se alivia cuando arremete y eso gratifica su necesidad de agredir, cuanto más insulta, grita, intimida o maltrata a su víctima, más se libera de tensiones. Pero las tensiones vuelven y el maltrato se va haciendo más habitual.

Episodio de explosión: El agresor decide aliviar la tensión acumulada y descarga su agresividad físicamente sobre su víctima. Pero la agresión no siempre tienen que ser un golpe o una paliza. También se puede agredir con castigos, prohibiciones o con limitaciones estrictas que determinan el aislamiento.

Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel. El agresor se muestra arrepentido y expresa todo su amor a la víctima. El ciclo se repetirá mientras el agresor no aprenda a expresar su agresividad correctamente y la víctima a estimarse y a no aceptar una violencia que no merece.

Cabe mencionar que las causas de cualquier tipo de la violencia son múltiples, entre las más frecuentes están: alcoholismo o algún otro tipo de adicción, enfermedad grave, incapacidad o muerte de algún familiar, problemas económicos o simplemente tener experiencia generacional de maltrato a la mujer, a los hijos o a cualquier persona que dependa económica o emocionalmente del jefe de la familia

Sin embargo partir de las investigaciones sociales realizadas por Galles y Straus (en: Corsi, op. cit) se han identificado 11 factores que pueden incrementar el riesgo a sufrir violencia dentro de una familia:

1. La duración de período de riesgo; es decir, la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están juntos.
2. La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos.
3. La intensidad de los vínculos interpersonales.
4. Los conflictos de actividades, es decir, las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los miembros.
5. El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los miembros de la familia.
6. Las diferencias de edad y sexo.
7. Los roles atribuidos, en función de la edad y sexo.
8. El carácter privado del medio familiar.
9. La pertenencia involuntaria; es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.

10. El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos y otros.

11. El conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

Al igual que los factores anteriores, la consideración de las variables poder y género permiten delimitar los sectores en riesgo, dentro del campo de violencia familiar.

Además Corsi (2004) también menciona que la evaluación del potencial de violencia en una familia requiere la consideración de los siguientes elementos:

- Grado de verticalidad de la estructura familiar. Se suele poner el acento en las obligaciones más que en los derechos de los miembros.
- Grado de rigidez de las jerarquías
- Creencias entorno a obediencia y el respeto
- Creencias en torno de las disciplina y del valor del castigo.
- Grado de adhesión a los estereotipos de género
- Grado de autonomía relativa de los miembros

Para finalizar es importante mencionar que cuando se habla de violencia lo importante es destacar que esta suele impactar el autoconcepto, la autoestima y la competencia social del sujeto, quien en la adultez podría presentar como consecuencia comportamientos poco adaptativos, en casos extremos, "patológicos". Adicionalmente, podría también reproducir el maltrato en su papel de padre o madre, perpetuándolo generacionalmente, de tal forma se ha señalado que llega a condicionar sentimientos de confusión y desesperación, lo que en ocasiones puede conducir a que se presenten conductas suicidas.

### 1.2.3. Ausencia de una Figura Parental Significativa

Las familias en donde se halla una ausencia parental significativa son aquellas que están constituidas principalmente por la madre y sus hijos, ya sea por que el padre abandonó a la familia, por que el padre se ha integrado a una nueva familia o por que la madre es soltera.

Uno de los problemas que puede presentar este tipo de familias, es que se transmitan mensajes negativos acerca del ausente, particularmente si la causa de la separación fue, divorcio, decepción o embarazo ilegítimo, o cualquier otra situación que haya sido dolorosa para el miembro de la familia.

Los muchachos de familia de un solo padre indudablemente tienen que enfrentarse al mayor de los peligros, al sentir la necesidad de acompañar y cuidar a la madre en su desamparo, colocándolo en una situación donde se ve imposibilitado para vivir una vida independiente. O en ocasiones, se rebelan y abandonan el hogar con la idea de aquellas mujeres son sus enemigas

Satir (op.cit.) menciona que el hecho es que muchos hombres literalmente o psicológicamente no funcionan como padres en sus familias, por lo que sus hijos se enfrentan a responsabilidades imposibles. Si no se dispone del padre, para la mujer es una gran tentación comenzar usar a su hijo como esposo sustituto.

Por lo que de acuerdo con Montalvo (2004) cuando se es un hijo quien tiene el poder se dice que existe un hijo parental y se puede manifestar cuando ambos padres o alguno de ellos le “encarga” a un hijo la custodia de alguno o algunos de sus hermanos dándole la libertad de premiarlos y sobre todo castigarlos. También se considera a un hijo como parental cuando alguno de los padres lo acostumbra utilizar como “confidente” o “consejero” con relación a sus problemas de pareja, esto también se considera como una interacción disfuncional. Es importante mencionar que esta situación es suele ser en detrimento del hijo.

Sin embargo desafortunadamente, por diversas razones, son muchas las familias que tienen hombres que no funcionan activamente como padres. Están ausentes por razones de trabajo, se han divorciado, están incapacitados, o han renunciado emocionalmente a la paternidad.

#### **1.2.4. Rechazo Familiar**

La base de la familia es una primera relación de aceptación entre los miembros de la pareja inicial y de que sus intenciones sean las de construir un remanso donde pueda darse una adecuada educación de los hijos. Sin embargo, sería absurdo no admitir que muchas veces por la causa de la rutina, y muchas otras por circunstancias de mayor gravedad, las relaciones entre los miembros de la familia resultan de gran conflictividad.

Por ello se originan conductas como las de rechazo, que suelen darse a diferentes niveles. De acuerdo con Gimeno (op.cit), este tipo de conductas dentro de la familia, se caracterizan por un claro distanciamiento de la otra persona, que ha dejado de ser fuente de gratificación y afecto significativos. Además de que existe una intención de daño y/o destrucción de la otra persona. Por lo que, se reducen o se abandonan las conductas de apoyo a nivel moderado, y desaparece la interacción basada en lo gratuito.

Una de las consecuencias del rechazo es la evitación, el deseo de estar alejado de la familia, la saturación que provocan las interacciones aunque no aparecen intenciones ni conductas de destrucción de los otros. Es así como las conductas negativas conllevan a la dejadez, al abandono de responsabilidades y compromisos respecto a los otros.

Y además no sólo las consecuencias se limitan al ámbito familiar, sino también como menciona Mendive (2005) influye en el desempeño académico cuenta de ello es que los docentes suelen encontrarse con niños y adolescentes aquejados a causa de ciertas dificultades familiares, por diversos bloqueos emocionales que afectan el rendimiento escolar, pues como

menciona Korczak (en: Mendive, op. cit.) el dolor altera la disposición de aprender.

Por lo que es importante que el sistema familiar reconozca, canalice y facilite la expresión de las emociones negativas, ya que de no ser así como menciona Gimeno (op.cit.), se llegan a posponer los conflictos y terminan por traducirse en comportamientos como la ansiedad, la depresión, el alcoholismo y en ocasiones hasta el suicidio.

### **1.2.5 Falta de Límites Claros en Casa**

“Los límites están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera lo hacen dentro del sistema familiar”, así mismos estos, funcionan como reguladores de las conductas de los integrantes de la familia, es decir, para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de la familia debe permitir a los miembros de subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros (Ledesma, 2001).

De acuerdo con Minuchin (1986, en: Montalvo y Soria, 1997) dentro de los subsistemas de la estructura familiar existen ciertos límites los cuales a su vez están conformados por ciertas reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia y tienen la labor de proteger la diferenciación del sistema.

Este autor señala que existen cuatro tipos de límites:

*Claros.* Son aquellos que pueden definirse con suficientes precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de funciones.

*Difusos.* Este tipo de límites se caracterizan por que los miembros de la familia no saben con precisión quien debe participar, cómo y cuando deben

hacerse las cosas. Pueden existir reglas sin embargo no se respetan además los miembros de la familia tratan de evitar la confrontación de problemas.

*Rígidos.* Cuando existen este tipo de límites dentro de la familia, se dice que las reglas permanecen por mucho tiempo por lo que no se adaptan a las necesidades de desarrollo del sistema y de los diversos sistemas. Por lo que sus subsistemas son muy desligados.

*Flexible.* Este tipo de límites al contrario del anterior se caracteriza por su capacidad de modificación y adaptación a las necesidades de desarrollo del sistema y de los diversos sistemas.

Cuando no existen límites claros Umbarger (1983 en: Ledesma 2001) refiere que existe una estructura disfuncional, a lo que Satir (op.cit.) llama la discrepancia en el papel-función. Un ejemplo es cuando el hijo desempeña el papel de cabeza-de-familia, que normalmente le tocaría al padre. Esto puede suceder por que el padre haya muerto, esté divorciado, se haya marchado, esté incapacitado, sea incompetente o negligente. La otra, es cuando la hija asume el papel de madre, al faltar la persona indicada por razones similares.

Y es entonces que el hijo generalmente termina con todas las responsabilidades y ninguno de los privilegios de su nuevo papel. Para asumir este nuevo papel, deja el suyo atrás para ocupar un lugar que bien le puede resultar triste e inseguro.

Por ello es importante tomar en cuenta ciertos aspectos sobresalientes dentro del mapa familiar Satir (op.cit.) (p.168):

- Cada miembro de la familia debe tener su lugar. Para toda la familia y para cada miembro de ella, es crucial que el lugar del individuo sea totalmente reconocido, aceptado y comprendido.
- Cada miembro de la familia está relacionado con los demás integrantes de ella. Lo importante es que esas relaciones se entiendan claramente.

Cabe destacar que es muy importante que en cada familia existan límites que sean lo suficientemente claros para cada uno de los miembros, ya que de no ser así, en la familia se comienzan a presentar ciertos conflictos entre cada uno de los miembros, lo que finalmente en muchas ocasiones conlleva a originar conductas disfuncionales dentro y fuera del núcleo familiar, como lo es en cualquier otro contexto social.

### **1.2.6 Enlaces con la sociedad**

Las familias y las sociedades son versiones pequeñas y grandes unas de otras. Ambas se componen de personas que tienen que trabajar juntas, cuyos destinos están ligados entre sí. Cada una tiene los mismos integrantes y relación entre el que manda y el que es dirigido, entre jóvenes y viejos, entre hombres y mujeres; cada cuál está involucrado en el proceso de toma de decisiones, en el uso de la autoridad y en la búsqueda de metas comunes. (Satir, op. cit).

Además como menciona Eguiluz (op. cit) nacemos y vivimos en relación con otros de ahí surge el mundo de los significados, es decir, nuestras formas de conocer y actuar en un mundo, todo lo que consideramos importante, valioso o bueno. Desde esta perspectiva, es posible hablar de la familia como una comunidad de significados, como un grupo de personas que hablan de sí mismas en términos de nosotros, que generan y comparten un conjunto de historias de “lo que quiere decir familia para nosotros” (p.76).

Es así como en algunas familias se enseña la conformidad individual, en otras la rebeldía, en algunas enseñan la responsabilidad de grupo y en otras tantas como menciona Satir (op. cit) se enseña la actitud *laissez-faire* por descuido. La actitud *laissez-faire* que es aquella que se enseña fácilmente construyendo una especie de barrera alrededor de los hijos-guiando sus pasos para que no conozcan lo feo o lo injusto.

Por ello en ocasiones la familia protege a los niños para que no vean el lado desagradable de la vida, y es así como el mundo se convierte entonces en lo que se les ha permitido ver. La televisión ha hecho que esta protección resulte un poco más difícil. Es casi imposible permanecer aislado del mundo cuando se ve a través de la pantalla de televisión lo que pasa en todas partes (Satir, op. cit).

Como podemos darnos cuenta cada familia enseña algo respecto a cómo enfrentarse al mundo exterior, cómo sobrevivir, qué hacer con la injusticia, las situaciones desagradables de este mundo y cómo relacionarse con todo ello.

De esta forma el individuo entra en distintas comunidades y sale de ellas: amigos, pareja, colegas, clase social, religión u otras. Si la persona siente que comparte algo con ese grupo, que piensa o actúa en forma parecida a los otros, es probable que hable en términos de nosotros: “nosotros los ancianos”, “nosotras las mujeres, nosotros como familia”.

Sin embargo, aunque una persona puede participar en distintos grupos, no necesariamente vive, en todos esos grupos como si fueran una comunidad. Para que esto suceda, es necesario un sentido de pertenencia. Con esa idea, cualquier red de relaciones puede considerarse una comunidad, pareja, familia, amigos, vecindario, escuela, nación etcétera, siempre y cuando sus miembros sientan que son parte de ella.

En todos estos espacios relacionales, las personas han creado un terreno común y formas de ver el mundo y de actuar en él que les permiten relacionarse.

Pensar en las personas en términos de su pertenencia a una comunidad tiene implicaciones importantes. Este punto de vista permite describir a un ser humano a partir de lo que comparte o no comparte con otras relaciones. Todo lo que llamamos características individuales (sentimientos, valores, personalidad) puede entenderse desde esta noción relacional. Lo anterior

implica que una persona sea simplemente un ser pasivo productivo de fuerzas mayores, como su cultura y si recordamos que estar en comunidad implica acción conjunta, entonces todos los individuos tendrán un papel activo e intencional, es decir, tendrán la posibilidad de transformarse a sí mismos y a sus relaciones (Eguiluz, op. cit.)

Para entrar en relación, los individuos recurren a la gama de recursos que la historia relacional ofrece. No es posible expresar o generar amor, odio, amistad o solidaridad sin recurrir a las palabras, gestos, acciones o rituales de las relaciones anteriores.

Hablar de la historia relacional no implica seguir reglas fijas, invariables, sino recurrir al conjunto de circunstancias compartidas que permiten que nuestras acciones y expresiones adquieran sentido para los otros. (Shotter, 1993, En: Eguiluz, op. cit). Los individuos generan y mantienen estas circunstancias dentro de sus relaciones. Una nueva relación involucra el encuentro de dos historias relacionales diferentes; cada individuo recurre a la gama de recursos que su pasado le ofrece para expresarse, pero ninguno puede predecir la respuesta del otro. En este sentido, cada encuentro relacional genera significados únicos.

Si mientras permanecemos en relación surge la posibilidad de generar significados, entonces éstos podrán cambiar y transformarse. El resultado de estos intercambios es un conjunto de comprensiones compartidas que nos permiten vivir y convivir, en palabras de Gergen (1999, en: Eguiluz op. cit), estas comprensiones abarcan todo lo que consideramos “lo real” y lo “bueno”. Dicho de esta forma, no es posible separar lo que hacemos, sentimos o creemos de nuestras relaciones.

Es importante señalar que una familia disfuncional da pie a que se origine dentro de la sociedad la falta de democracia, impunidad, abuso, por que es en ella donde se reduce un patrón de relaciones en el que las personas intentan conseguir sus objetivos mediante la imposición de la fuerza y el miedo,

Suares (2005) menciona que la familia que se define por ser disfuncional y/o conflictiva se caracteriza por tener límites muy rígidos con el exterior, lo cual admite poco o ningún cambio dentro del sistema, o límites casi desvanecidos, por el contrario la familia que se caracteriza por tener límites claros, permite permeabilidad con el contexto en una mutua influencia, es decir es una familia que se ve a sí misma y a sus miembros como sujetos producidos y productores de la sociedad en la cual están insertos.

## **2.-CONDUCTAS SUICIDAS EN JOVENES**

### **2.1. Las conductas suicidas su relación con la depresión y la desesperanza.**

El hecho de que las personas lleguen a quitarse la vida nos ha llevado a tener que repensar lo que entendemos por suicidio ya que actualmente la expresión “comportamiento suicida” ha ido ganando terreno, pues se le entiende más que como una enfermedad, como una forma de comportamiento complejo favorecido por una combinación de factores

De acuerdo con Casullo, Bonaldi, y Fernández (2000) el estado mental suicida se caracteriza por un alto nivel de depresión y desesperanza, bajo autoconcepto y pocas razones para vivir, que junto con el estrés explican las ideaciones al respecto de poner fin a la propia vida.

Por su parte Bedrosian y Beck (1981) refieren que el grupo de Trabajo del Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos propuso una clasificación de las conductas suicidas: ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado.

De acuerdo con Goldney (1989 en: Buendía, y cols. 2004) la ideación suicida se define como los pensamientos sobre lo inútil de la propia existencia, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse. Cabe destacar que este tipo de conducta es considerada como precursora del acto suicida (Bedrosian y Beck, op.cit.).

Por otro lado el intento de suicidio es definido por Pérez, Romero y Lara-Muñoz (2005) como “cualquier acto de auto perjuicio realizado con intenciones destructivas aunque éstas sean vagas” (p.34) . Así mismo estos autores definen al suicidio como un acto consciente e intencional, que busca como resultado final producir la propia muerte.

Antes de que se presente alguna de estas conductas suicidas, debe existir en el entorno del individuo o en él, factores de riesgo que propicien este tipo de conductas, de acuerdo con Jiménez (1997) algunos de los factores de riesgo que más se han relacionado con estas conductas son: la depresión y la desesperanza, entendida esta última como la actitud negativa hacia el futuro, que esta relacionada con la conducta suicida, incluso de forma más estrecha con la depresión. Esta observación fue confirmada en la población estadounidense e inglesa.

En un estudio realizado en Barcelona y España, por Villardón (1993) se investigó sobre la relación entre la ideación suicida y el intento de suicidio con diversas variables, y obtuvieron los siguientes resultados respecto a la posibilidad predictiva/explicativa de los aspectos psicosociales del suicidio:

La depresión es el aspecto que mejor explica la variabilidad de la ideación suicida. Además de la depresión, las razones para vivir, la desesperanza, el auto concepto, el estrés y el afrontamiento mal-adaptativo contribuyen a la explicación del pensamiento de suicidio. Se confirmó que no es necesaria la presencia de todas las variables para que se dé la conducta suicida, y la combinación de varios factores aumenta la predisposición a la ideación suicida.

Así mismo Quintanar (2007) refiere que la prensa médica especializada informa que la primera causa del suicidio es la depresión clínica, pero que este criterio solo es válido en el caso del suicidio individual. Además de todos los factores mencionados por Quintanar (op.cit) el del problema de depresión es el que más se ha encontrado asociado al suicidio.

En México Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas (1998) encontraron que los síntomas que caracterizaron a menores que intentaron suicidarse, fueron la depresión y la ansiedad, por lo que refieren que la depresión sigue siendo la principal causa de conducta suicida. Asimismo Caballero, Ramos, González, y Saltijeral (2002) refieren que los síntomas depresivos en adolescentes son relativamente comunes en caso de suicidio; por ejemplo, en un estudio a nivel

nacional en Estados Unidos se encontró un 10% de depresión moderada y/o severa. Por su parte Falconi (2003), refiere que dentro de las variables causales de la conducta suicida que en forma aislada se han analizado destaca la depresión.

Al respecto Barcena (2002) refiere que un factor importante que hay que considerar en la familia del paciente. En el caso particular de la depresión, el desarrollo de este estado esta relacionado con las relaciones conflictivas en los roles de los padres, que toman un papel de tiranos, con los hijos o de sobreprotección, o bien debido a sus propias frustraciones que no superaron con su familia de origen es decir con sus padres y hermanos o en su juventud o niñez y que son traspasados al núcleo familiar con su pareja y con sus hijos, fomentando así sus propios conflictos a los hijos y al ambiente familiar.

Cabe mencionar que en estas circunstancias es común encontrar familias con un ambiente rígido y cerrado, en lo concerniente a las restricciones que se les imponen a seguir, dando como resultado que al interactuar en un ambiente problemático sólo se fomentan conductas anímicas como lo son el desarrollo de estados de aislamiento, tristeza y depresión en alguno de sus miembros.

De igual forma Tozzini (2005) refiere que la intensidad del impulso suicida depende no sólo de la severidad de la depresión, sino también de la historia del individuo; sobre este asunto se ha encontrado que es mayor la probabilidad de un acto suicida entre aquellos pacientes depresivos que presentaban en su historia de vida, un hogar deshecho en la infancia que entre aquellos que habían crecido dentro de un marco familiar unido.

Sin embargo esto todavía no es algo totalmente certero sino que es uno de los tantos factores para que una persona se deprima y/o presente alguna conducta suicida, ya que de acuerdo con este autor solo en una minoría de casos se puede relacionar el comienzo de la enfermedad con un hecho precipitante, tal como una pérdida. En el resto de los casos de depresión da la impresión de ocurrir sin causa conocida.

Por otra parte la investigación epidemiológica que ha realizado Casullo (1994,1998 en: Casullo, y cols., op.cit) permitió confirmar que existen tres tipos básicos de comportamientos depresivos vinculados con ideaciones e intenciones suicidas en la adolescencia:

1) Depresivo Perfeccionista: hace referencia a personas que exigen altos rendimientos y se manejan con altas expectativas de logro. Así mismo son personas que suelen demostrar que necesitan mucho de la aprobación social y tienden a cumplir con las normas sociales vigentes. Son altamente vulnerables a situaciones de fracaso y de crítica. Tienden a idealizar a personas amadas que han fallecido y son altamente propensas a internalizar sentimientos agresivos y hostiles. Se muestran bastante solitarias. Es factible que se hayan criado en el núcleo de familias simbióticas muy conflictivas.

2) Impulsivo: caracteriza a personas con baja tolerancia a la frustración, muy irritables, con marcadas tendencias a la actuación (acting-out) de sus conflictos. Son muy sensibles a las situaciones en las que se sienten rechazadas por otros, les cuesta resolver situaciones problemáticas de manera eficaz. Generalmente se han criado en el contexto de familias violentas.

3) Desintegrado: las personas incluidas en esta categoría pueden presentar estados severos de ansiedad con miedo a la pérdida de la identidad. Temen perder el control e irritarse en forma desmedida, son poco asertivas y en general muy sumisas. Suelen padecer ataques de pánico o trastornos de tipo esquizofrénico.

Además de la depresión, Rosales y Caballero (2005) afirman que “entre los factores que hacen a una persona más propensa al suicidio se encuentra la desesperanza” (p.35), siendo esta una variable estudiada en las investigaciones de suicidio y que consiste en la percepción negativa del futuro por parte del individuo, además de ser una característica cognitiva que parece estar más vinculada a las conductas suicidas de alta letalidad.

Según Beck (1976) la desesperanza hace que las expectativas acerca del futuro sean negativas y suelen ser tan intensas que incluso cuando el sujeto logra un éxito en alguna tarea específica espera fallar la siguiente ocasión. Evidentemente se ignora o hay una falla para integrar las expectativas de éxito que contradigan la visión negativa de uno mismo.

La desesperanza entonces supone una visión negativa del futuro que conlleva la convicción de que la situación actual no va a mejorar con el paso del tiempo. La visión negativa del mundo y de su concepción del futuro hace que se considere la situación negativa actual, perpetuada a través del tiempo. Villardón, (1993) señala que el estudio de la desesperanza en diversas investigaciones ha indicado ser el mejor predictor de riesgo de suicidio

Young y cols. (1996 en: Rosales y Caballero) indican que cuando la persona está deprimida, la desesperanza se incrementa en intensidad y en función de la severidad de la depresión. Cada persona tiene sus propias características de incremento de la desesperanza en función de la sensibilidad de la desesperanza y la depresión. Por lo que la desesperanza que se observa en un individuo en un momento dado tiene dos componentes: a) la desesperanza individual de base y b) el incremento en la desesperanza en función de la severidad de la depresión y en función de la sensibilidad de la depresión. Cabe mencionar que la propia auto evaluación de la capacidad de solucionar los problemas predice la desesperanza o se puede preguntar si se tiene esperanza respecto al futuro.

Como nos damos cuenta las conductas suicidas, la desesperanza y la depresión, están muy estrechamente relacionadas, y esta situación es cada vez más frecuente en jóvenes. A continuación se profundizará sobre cada una de las conducta suicidas y su incidencia en los jóvenes ya que es una población que se ha vuelto vulnerable a este tipo de conductas.

### **2.1.2. Ideación suicida en jóvenes**

El estudio de la ideación suicida es importante por su reconocida asociación con el acto de intentar quitarse la vida y porque la tendencia epidemiológica del suicidio es ascendente tanto a nivel nacional como a nivel internacional (López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 1995)

Existen diversas definiciones acerca de lo que es la “ideación suicida”, a continuación mencionaremos solo algunas de ellas:

Beck (1979) refiere que la ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen, que frecuentemente se presentan como pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte, y/o que permanentemente ocupan un lugar central en la vida del sujeto; tiene planes y deseos de cometer suicidio pero pueden no haber hecho evidente el intento.

De acuerdo con Mondragón, Saltijeral, Bimbela, y Borges (1998) la ideación suicida es un importante predictor del intento suicida, además de ser relevante para la prevención del suicidio, ya que se le dice que es el primer eslabón en la cadena de la conducta suicida, por que se ha encontrado que los pensamientos de autodestrucción, o mejor conocidos como ideación suicida anteceden al intento de suicidio en una proporción relativamente alta. Así mismo estos autores indican que hay investigaciones que demuestran que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas o alcohol.

De acuerdo con Goldney et al., (1989, en Buendía, y cols. 2004) la ideación suicida se refiere a los pensamientos fugaces sobre que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse.

Por otro lado Pérez y cols. (2005) la definen como “aquella que incluye pensamientos sobre querer matarse; planes sobre cuándo, dónde y cómo llevar

a cabo el suicidio; y pensamientos sobre el impacto del suicidio en otros” (p.38). En este sentido las ideas suicidas se refieren a los pensamientos e ideas acerca de la muerte autoinflingida.

Por otra parte González-Forteza y cols. (1998) y Terroba y cols. (1986) refieren que los jóvenes tienen mayor probabilidad de presentar ideación suicida cuando presentan alguna o algunas de estas características: desesperanza, falta de autoestima; conflictos interpersonales con los padres; fracasos escolares o laborales; depresión, intento de suicidio y abuso de drogas, por lo cuál es importante que se les preste especial atención a estos jóvenes ya que en México hay poca información acerca de la ideación suicida en este tipo de población. Estos datos son confirmados por Falconi (2003), este menciona que en un estudio realizado con 533 pacientes con depresión encontró que la ideación suicida se presenta más en mujeres que en hombres.

Por otra parte, Saltijeral, Bimbela, y Borges (op. cit.) refieren que la ideación suicida es muy común entre estudiantes de la escuela secundaria y además que aproximadamente una de cada cuatro mujeres y uno de seis varones considera seriamente un intento de suicidio en un período de 12 meses.

A continuación se mencionaran algunos de los estudios realizados al respecto:

La juventud, a diferencia de la pubertad y la adolescencia, es un fenómeno sociocultural más que biológico, es un período de moratoria. En los jóvenes es un problema común la ideación suicida, de acuerdo con Mondragón (1998). Encontrándose así que la ideación suicida se presentó en proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres, con pocas variaciones en los grupos de edad.

Además se encontró que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas, y que los que tuvieron

pensamientos suicidas consumen significativamente más drogas que los que no tuvieron pensamientos suicidas.

Kandel, Ravies y Davies (1991, en: López y cols. 1995) encontraron que los adolescentes con ideación suicida estaban más desadaptados en diversas áreas , por ejemplo, estaban más distanciados de sus padres, tenían menores intereses y su rendimiento era menor, estaban más involucrados en conductas antisociales, eran menos religiosos y tendían más a correr riesgos.

De igual forma González-Forteza y cols (1998) refieren que en estudiantes universitarios se encontró que los síntomas de ideación suicida oscilaron entre 27% y 30% de los universitarios, y además mencionan que es más frecuente encontrar los cuatro síntomas en las mujeres, así como la persistencia de la ideación que fue alrededor del 3%. La autoestima resulto ser la variable predictora de protección, en ambos sexos. En cuanto a las variables predictoras de riesgo se encontró que el estrés social era común en los hombres y en la mujeres.

Además como parte de los resultados se encontró que la ideación suicida se ha relacionado con la desesperanza y la falta de autoestima; conflictos interpersonales con la pareja o con los padres; con los fracasos escolares o laborales, con la depresión, el intento de suicidio y el abuso de drogas. En México, 47% de los estudiantes de educación media y media superior presentaron por lo menos un síntoma de ideación, 17% pensó en quitarse la vida y 10% contestó afirmativamente a los cuatros síntomas estudiados. (González-Forteza y cols., op.cit.)

De acuerdo a Rotheram-Borus (1993, en González-Forteza, 1998) existe una estrecha y evidente relación entre ideación suicida e intento de suicidio, para confirmarlo realizaron un estudio en Estados Unidos con una muestra de 214 adolescentes que escaparon de sus casas, y encontró que un 16% tenía ideación suicida al momento del estudio, y 37% de ellos habían intentado suicidarse en alguna ocasión. Del 94% de ellos que habían pasado por tres o

más periodos de ideación, también habían intentado suicidarse. De éstos, el 23% habían consumido alguna sustancia (alcohol y/o drogas) antes del intento.

En otro trabajo realizado por González-Forteza y cols. (op.cit) se analizó la ideación suicida en estudiantes universitarios y las variables asociadas, las predictoras y de riesgo. Para ello utilizaron dos generaciones de estudiantes de licenciatura de una universidad privada con una muestra de 1890 jóvenes, considerándose también el sexo. Los resultados de éste estudio muestra que los síntomas de ideación suicida oscilaron entre 27% y 30% de los universitarios, pero fue más frecuente encontrar los cuatro síntomas en las mujeres, así como la persistencia de ideación, que fue de alrededor de 3%. La autoestima resultó ser la variable predictora de protección, común a las dos generaciones y a ambos sexos. Se encontró que las variables predictoras de riesgo fueron el estrés psicosocial y sus consecuencias emocionales. Por último la prevalencia de ideación suicida fue menor entre los universitarios que la registrada entre los adolescentes de educación media y media superior.

Mondragón, Borges y Gutiérrez (2001) con el fin de, obtener datos más precisos sobre el intento y la ideación suicida en la población mexicana, elaboraron un análisis de los resultados de varios estudios en diferentes poblaciones de México en los que se utilizaron diferentes metodologías e instrumentos, mediante encuestas representativas de muestras de hogares y escuelas, así como estudios en escenarios clínicos. Encontrando que la prevalencias de ideación suicida son similares a las observadas en otros países, por ejemplo, presencia de ideación suicida va desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos, mientras que en México el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos. Sin embargo las prevalencias de la ideación y de los intentos de suicidio son más elevadas en la población adolescente que en la adulta, y dentro de un mismo estudio se reporta más ideación suicida que intento de suicidio.

En otro estudio realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Perteneciente a la Secretaria de Salud, realizado por Mondragón y cols. (1998) se demostró que la ideación suicida es un síntoma que refleja un

conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol, lo que demuestra la necesidad de crear programas de prevención para el suicidio y más específicamente para la ideación suicida. Los resultados de este estudio, también muestran que hay una estrecha relación entre ideación suicida con la desesperanza. El riesgo de tener ideación suicida es altísimo cuando se presenta más desesperanza.

Finalmente cabe mencionar que la ideación suicida se ha visto como uno de los primeros eslabones en la cadena de conductas suicidas, por ello a continuación abordaremos el tema sobre intentos de suicidio, que en ocasiones es el siguiente paso que se da en esta cadena conductas.

### **2.1.3 Intento de suicidio en jóvenes**

Debemos diferenciar las tentativas de suicidio de los suicidios consumados, ya que existe una diferencia notable, las primeras suelen ser llamadas de atención, pero hay que controlarlas muy de cerca porque dichas tentativas suelen repetirse con bastante consistencia durante las siguientes primeras semanas y existe el riesgo finalmente de consumarlo. Por otro lado las personas que se suicidan, son aquellas que ya planearon con detalle su suicidio, y lo hicieron de forma tal que nadie pudieron impedirlo, y por ello el resultado final es la muerte.

Ya hecha la diferencia entre estas dos conductas, regresemos al intento de suicidio que es el que nos ocupa en este apartado, al respecto podemos decir que es cualquier acto de auto perjuicio realizado con intenciones destructivas, vagas y ambiguas, y que generalmente se da en adolescentes. Sin embargo de acuerdo con Pérez, Romero y Lara, (2005), algunos estudiantes en una investigación realizada sobre intento de suicido, refirieron haber intentado suicidarse antes de los ocho años.

Al respecto las cifras que muestra el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), (en: Pérez, Romero Y Lara, 2005), reportan que las personas con intento de suicidio, se encuentran entre 15 y 34 años de

edad y que estas representaron el 64.7% del total de personas que se suicidan; además de que tres de cada 10 tenían entre 15 y 19 años.

En el estudio realizado por González y cols. (2002 en Pérez y 2005) que llevo a cabo con el fin de identificar la prevalencia del intento de suicidio en la ciudad de México reportaron que la conducta se manifestó sobre todo cuando los estudiantes tenían entre 10 y 15 años de edad. Esto lo atribuyeron a que muchos de los trastornos psiquiátricos como psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de personalidad tienen su presencia inicial durante este período.

También en el INEGI se reporto que el principal motivo de estas conductas para ambos sexos fueron problemas familiares, conflictos con los padres, maltrato, violencia, humillaciones y castigos.

Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas (1998) coinciden ya que refieren que han encontrado que dentro de los factores de riesgo en un intento de suicidio en adolescentes, se encuentran las reacciones de adaptación ante problemas familiares o económicos, problemas de salud en algún familiar, divorcio de los padres y problemas escolares.

Pero también encontraron que las relaciones entre padres e hijos son un factor importante para la presentación de amenazas e intentos de suicidio, King y cols. (2001 en Pérez y cols. 2005) examinaron la relación entre ideación e intento de suicidio y ambiente familiar entre, 1285 niños y adolescentes seleccionados aleatoriamente con edad de 9 a 17 años. Observaron que circunstancias adversas familiares como la poca supervisión paterna y el trastorno psiquiátrico paterno, se asociaron con la ideación y la conducta suicida en hijos. Cabe señalar que algunos intentos de suicidio pueden ser desarrollados y mantenidos por modelos familiares.

En el caso de familias de jóvenes con intento de suicidio a menudo tienen alto nivel de conflicto, y pueden suprimir la conducta hostil en otros

miembros familiares ante tal evento, por ello el suicidio representaría el deseo tácito del adolescente para una reconexión familiar.

Por su parte Pérez y cols. (2005) en una investigación sobre relaciones familiares e intento de suicidio en estudiantes de secundaria, hallaron que en nuestro país el principal motivo de intentos de suicidio reportado por ambos sexos fueron los problemas familiares, conflictos con los padres, maltrato, violencia, humillaciones y castigos. Otros motivos encontrados fueron los concernientes a la esfera emocional, sentimientos de soledad, tristeza y depresión.

Además de encontrar que los eventos estresantes en la adolescencia que se asocian con suicidio consumado y/o intento de suicidio son: ruptura de relaciones afectivas, dificultades escolares, problemas legales, conflictos familiares, problemas psicosociales, pérdida de un familiar o un amigo y ser víctima de abuso sexual/violación. Por lo que concluyen que hay una estrecha relación entre problemas en las relaciones familiares e intento de suicidio, y suicidio consumado, a continuación se profundizará sobre este último.

No obstante cabe destacar que entre los factores determinantes que destacan estos autores se encuentran la fantasía de la muerte, el impulso autodestructivo, los factores situacionales, los trastornos comórbidos, como alcoholismo, fármaco dependencia, depresión, trastornos de somatización y enfermedades médicas, además también otro factor que toma gran importancia es el hecho de que es frecuente encontrar antecedentes de intento de suicidio o suicidios consumados en las familias de estos menores, y también es común encontrar en el mes anterior al intento disfunción familiar y la presencia de problemas interpersonales sin que hubiera apoyo familiar (Platas y cols. op.cit).

Por otro lado algunas características propias de la persona que intenta suicidarse, es que está no suele guardar en secreto su intención suicida; ya que esta puede detectarse por su sintomatología depresiva, así como mensajes verbales o conductuales directos e indirectos, los cuales pueden funcionar como señales de alarma para padres o médicos (Platas, Saucedo,

Higuera y Cuevas (1998). Además otra característica es que las personas que fallan en su intento por suicidarse sistemáticamente son diagnosticadas como deprimidas y se tiende a privarlas de su libertad internándolas en algún hospital psiquiátrico (Szasz, en: Quintanar op.cit.).

Además como ya lo mencionamos al principio de este apartado, el intento de suicidio es una conducta, que lleva siempre implícita el riesgo realmente de llevarlo a cabo, y en ocasiones es un antecesor del suicidio consumado, más explícitamente, en ocasiones antes de que se lleve a cabo el suicidio, se presentan conductas de intento, pero cabe destacar que esto no siempre es así, por ello continuación abordaremos un poco más sobre las características de la población en donde se presenta más el suicidio consumado.

#### **2.1.4. Suicidio consumado en jóvenes**

El suicidio es un suceso que no es nuevo, Szas (en: Quintanar op.cit) considera que durante mucho tiempo el suicidio fue una materia reservada a los sacerdotes y la iglesia. El suicidio de acuerdo con Durkheim (2004) es “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima a sabiendas de que habría de producir este resultado” (p.14).

Además de ser un acto individual y que pareciera ser dirigido a la destrucción de sí, es también un acto de agresión contra los otros, ya que no obstante de ser personal como menciona Palencia (1998), es también un tipo de interacción con otras personas, ya que no se puede comprender al individuo si se aísla de su matriz social. De tal manera que el suicidio es una consecuencia de una serie de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos e incluso filosóficos, que se manifiestan y agrupan tanto en el colectivo de una sociedad como en las expresiones individuales de cada uno de sus integrantes. (Quintanar, op.cit).

Razón por la cual la práctica clínica y la investigación del suicidio, conducen a pensar que constituye un fenómeno multidimensional, donde coexisten aspectos sanos y patológicos del funcionamiento de la personalidad y que hablan a favor de que se está en un proceso por etapas, complejo y multicausal. Así también encontramos que las personas con trastornos mentales tienen mayor riesgo de suicidio, ya que el gran aumento de abuso de alcohol, droga y variedad de medicamentos aumentan aún más el riesgo de suicidio.

Según cifras de la Organización Panamericana de la Salud, en 1977 morían 1000 personas diariamente por suicidio en la actualidad esta cantidad se ha incrementado mucho, Zubiría (1999 en: Romero, 2002) plantea que muchos estudios demuestran que el suicidio en adolescentes marca el fin de un largo proceso de una muy mala relación en familia rotas o con desordenes psiquiátricos. Al respecto, Fishman (1990 en Romero, et al.) argumenta que las investigaciones existentes señalan que las dificultades en la familia constituyen el factor más importante en cuanto al suicidio en adolescentes; situación que se afirma con los estudios realizados por Teicher y Jacobs (en Fishman, et al.) quienes observaron que los adolescentes suicidas presentaban malas relaciones con sus padres y conflictos familiares que les impedían establecer las relaciones y los modelos propicios que le permitieran al adolescente enfrentar los problemas y tensiones asociadas a estas etapa.

Otros ejemplos ilustrativos de lo mencionado son las situaciones de abuso sexual familiar, los conflictos familiares y problemas matrimoniales en familias inestables, el aislamiento social, el deterioro en las habilidades sociales, la existencia de problemas serios en los vínculos con el grupo de pares y a amigos.

Por ellos y otros factores inmersos la tasa de mortalidad por suicidio se ha incrementado de cuatro a diez veces en adolescentes en los últimos nueve años. Aunque no hay datos oficiales, se estima que hay entre 10 y 25 intentos suicidas por cada suicidio consumado y estas cifras se elevan de 100 a 200 en los adolescentes (Lenz, 2003).

Así mismo Garfinkel y cols. (1982 en Casullo et al. op cit.) encontraron que la presencia de una historia familiar con suicidios es siete veces mayor entre adolescentes que intentaron matarse que entre aquéllos que no lo hicieron, pues se considera que un factor de riesgo es el aprendizaje, por imitación o identificación, y es conocido que entre el 10 y el 15 % de los que intentan suicidarse, consuman el suicidio posteriormente. Respecto al suicidio por imitación se ha documentado bastante, recomendándose evitar las noticias sensacionalistas en los medios de comunicación, así como evitar suministrar detalles del método utilizado para cometer el acto suicida.

Otro factor que interviene en el suicidio es la muerte de un familiar querido, ya que este acontecimiento precipita la aparición de comportamientos suicidas, así como las experiencias que incluyen crisis económico-financieras de mucha importancia o sentirse muy rechazado o marginado por otros.

Algunos estudios con adolescentes que intentaron quitarse la vida permitieron verificar la existencia de problemas en las etapas de individuación-separación de las figuras maternas, provocando de situaciones de alta ansiedad por separación que culminó en intentos de suicidio. (Casullo y cols. op.cit.), además se encontró que presiones familiares muy fuertes para alcanzar logros académicos relacionados con fracasos reiterados pueden originar profundas sensaciones Internas de malestar que precipiten decisiones suicidas. (Davis, 1983 en: Casullo y cols.). Por otra parte también se ha encontrado que los fracasos que tienen lugar al querer alcanzar metas que internalizaron como valiosas, junto con altos estándares familiares de logros también se asocian con comportamientos suicidas en jóvenes y adolescentes (Stephans, 1985 en Casullo y cols. et al).

Por lo que situaciones como estas orillan a niños y adolescentes forzados a resolver problemas que exceden sus capacidades para hacerlo. Por lo que cabe señalar que el sentimiento de culpa y la discordia familiar es presentado en un alto porcentaje de las familias del suicida.

En otras investigaciones realizadas por González-Forteza y cols. (1999), también se encontró que uno de los factores de más riesgo para que un individuo del sexo masculino se suicide es el ambiente familiar, mientras que la mala comunicación con la madre, es el factor más importante en las mujeres. A su vez también Gómez y Borges (1996) en una revisión de las investigaciones y artículos que se han publicado en las tres últimas décadas acerca de las conductas suicidas, encontraron que los adolescentes con pensamientos suicidas fueron quienes más se sentían estresados por la violencia de sus padres y se encontró mayor frecuencia en el intento suicida entre las mujeres y en los grupos de edad entre los 14 y 24 años.

En este sentido otro investigador Sabaatch (en: Fishman, 1989) comprobó que la tensión familiar es un factor clave en las tendencias suicidas de los adolescentes, ya que estos tienden a percibir sus conflictos familiares como prolongados y extremos, manifestando que sus hogares están dominados por peleas frecuentes, malestar y desorganización emocional, existe un agudo resentimiento hacia los padres o padrastros, acompañado por una creciente incomunicación.

Finalmente hay que tener en cuenta la multicausalidad del suicidio ya que se encuentra que la familia, el matrimonio, la viudez y la comunidad juegan un papel fundamental y también es importante que se consideren otros factores como lo son la depresión, el conflicto de pareja, el desempleo y el nivel socioeconómico y cultural como factores que intervienen en el fenómeno del suicidio.

De acuerdo con Quintanar (op. cit.) en el sureste mexicano han aumentado como nunca los índices de suicidio en comparación con el resto del país. En donde curiosamente también ha habido gran movilidad social, donde las familias se han desintegrado y donde la competencia laboral se ha incrementado, debido al desarrollo turístico de esa zona. Un claro ejemplo es el caso de los estados de Tabasco y Oaxaca en donde se han encontrado evidencias de que el suicidio ocupa un lugar importante como causa de muerte,

y donde el incremento del suicidio ha ocurrido principalmente en jóvenes y adolescentes.

Para tratar de entender un poco mejor el porque de esta situación, continuación se abordará cuáles son los factores precipitadores que llevan al suicidio y además también se abordará cuál es son los factores protectores de las conductas suicidas.

## **2.2 Precipitadores de Suicidio**

La complejidad de la conducta suicida y el afán por encontrar una explicación satisfactoria ha originado una diversidad de teorías, unas más centradas en los factores causantes del suicidio y otras en determinadas características personales y motivacionales que de alguna manera pueden predecir los actos suicidas, por lo que a continuación sólo mencionaré algunos factores con los cuáles se ha relacionado la conducta suicida.

### **2.2.1 Alcohol**

Como ya se mencionó el suicidio en los jóvenes, se ha convertido en un problema de especial relevancia en los últimos años debido al incremento progresivo detectado en su prevalencia. Bobes, Saez, Bascarán y Bousoño (2004) mencionan que una característica que tienen los jóvenes que se suicidan, es que en el 26% de ellos se establece un diagnóstico de que antes del suicidio han consumido alcohol, lo cual no resulta extraño ya que en diversos estudios se ha encontrado que el consumo aislado de alcohol y de otros tóxicos se han asociado con frecuencia a tentativas de suicidio o suicidios consumados.

De hecho esa circunstancia está presente en casi dos tercios de los casos de suicidio y cabe destacar que la proporción es aún mayor cuando se valora solamente a la población joven. Por lo que se ha comprobado que de entre los alcohólicos el suicidio es el causante de entre el 27% y 55% de las defunciones, dado que la adicción alcohólica hace que un sujeto tenga como

promedio seis veces más riesgo de suicidio que la población general (Bobes, et al., et al.)

Al respecto Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006) refieren que aproximadamente en un tercio de los hombres y una quinta parte de las mujeres que intentan suicidarse abusan del alcohol; así, cerca de una décima parte de alcohólicos mueren por suicidio y un tercio de quienes habían intentado el suicidio consumieron alcohol dentro de las seis horas previas al intento.

Así mismo Casullo, Bonaldi, y Fernández (2000) refieren que aproximadamente el 4% de las personas hospitalizadas por problemas de alcoholismo terminaron suicidándose, además de encontrar que la tercera parte de quienes completaron actos suicidas así como el 10% de quienes revelaron tener ideaciones suicidas eran consumidores excesivos de alcohol u otro tipo de drogas; por ello mencionan que la comorbilidad de alcoholismo y depresión aumenta los riesgo de suicidio.

Dado estas circunstancias es importante recordar que el hecho de consumir alcohol es una forma de drogarse, sin embargo esto es en muchas ocasiones es visto de forma separada, razón por la cuál se hizo un apartado especial en donde se profundizará sobre la relación que existe entre otros tipos de drogas y el suicidio.

### **2.2.2 Drogas**

Existen cada vez más pruebas de que la drogodependencia esta originada y mantenida por muchos factores que son de origen multidimensional. Los factores de consumo varían enormemente, en función del individuo, del tipo de droga y contexto social. Así diferentes personas pueden utilizar diferentes drogas por el mismo motivo, o la misma droga por diferentes motivos. No obstante, existe un importante consenso para señalar que entre las causas iniciales de consumo se hallan: la curiosidad inherente a la condición humana, la búsqueda continua de sensaciones placenteras, la

condición gregaria, las influencias que ejercen los otros, la errónea idea de que al hacerlo van a escapar de sus problemas, etc.

Además de estas causas, en el inicio del consumo de una droga y en su mantenimiento intervienen numerosas variables, sólo algunas son comunes. Estas variables se distribuyen en tres ámbitos: la propia droga, el individuo y el ambiente (Lorenzo, Ladero y Leza 2003).

De acuerdo con Lorenzo, et al. (op.cit) de entre los factores psicofisiológicos de las drogodependencias se encuentran los siguientes:

Factores evolutivos: durante el período de la adolescencia se producen grandes cambios, teniendo lugar lo que se denomina “crisis madurativa biosicológica”. Esta crisis se caracteriza porque se busca la identidad personal (aceptación del físico y características psicosexuales), la independencia (emocional y económica) de los padres y la intimidad con los iguales. Por lo que en esta etapa el adolescente tiende a sobrestimar su capacidad para poder evitar patrones de consumo abusivo y asimismo infravalora las consecuencias autodestructivas a corto, medio y largo plazo del consumo de drogas. Lo habitual es que piense que en su caso “todo esta bajo control” es decir, cuando quiera podrá dejarlo y que en su persona no se causarán efectos negativos.

Factores de personalidad: son muchas las investigaciones, para identificar los rasgos de personalidad que aumentarán la vulnerabilidad del individuo para presentar una drogodependencia. No obstante, y aunque resulte vago, se puede decir que el drogodependiente presenta una personalidad caracterizada por un perfil de rasgos que señalan una inmadurez afectivo-emocional, es decir, presenta algunos rasgos que son propios del período adolescente a saber: dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, incapacidad de futurizar, agresividad y egocentrismo, permanente temor al abandono, habilidades sociales deficientes (retraimiento social), escasa tolerancia a la frustración, dificultad en las relaciones sociales (fobias sociales) y a veces, en la identificación de su rol sexual etc.

Además de estos factores, algunos otros rasgos de personalidad se han asociado a la drogodependencia, como lo son las posibles motivaciones directas del consumo: a) la timidez, la inseguridad y la dependencia afectiva se asocian a sentimientos de pasividad por lo que el consumo se realiza para “pasar el rato”; b) baja tolerancia a la frustración y los sentimientos de inferioridad y culpa dan lugar al consumo para evadir su realidad; c) la tendencia a actuar impulsivamente, sentimientos de inconformidad y la búsqueda de sensaciones, llevan a consumo para experimentar.

Motivaciones individuales: la OMS señala que el inicio y mantenimiento del consumo de drogas aparecen con frecuencia por lo siguientes motivos:

- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de la droga.
- Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo, ser aceptado.
- Expresar independencia, hostilidad o rebeldía.
- Tener experiencias emocionantes o peligrosas.
- Adquirir un estado superior al conocimiento o capacidad creadora.
- Conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad.
- Escapar de algo, necesidad de evasión.

Además de las múltiples causas del por que se consume drogas, existe también el riesgo de que al hacerlo se presenten ciertas conductas suicidas, ya que como refieren Gutiérrez-García, et al. (op. cit.) un posible indicador del suicida podría ser el uso de múltiples drogas y no tanto el tipo de droga usada, en general, el abuso de drogas adictivas, conlleva un alto riesgo de ideación suicida.

Así mismo González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez (1996) refieren que el abuso de alcohol y drogas, al disminuir la inhibición, se constituye en un elemento precipitante del suicidio y en un factor de riesgo significativo, ya que en varios estudios se ha comprobado que gran parte de los adolescentes con intento de suicidio, se hallaban intoxicados al realizarlo y/o eran consumidores

previos. Ferreira (2007) coincide con este punto y menciona que entre los factores de riesgo asociados al suicidio se encuentran el abuso y la dependencia de sustancias.

Por otra parte Rao y cols. (1993 en: Bobes, et al. op. cit.) refieren que en un estudio de seguimiento en niños y adolescentes con tentativas suicidas constataron la existencia de una historia familiar de abuso de sustancias y enfermedades mentales y sugirieron la probabilidad de que estuvieran asociadas a la muerte por suicidio, también Brent, Perder, Moritz et al. (en: Bobes et al. op.cit) mencionan que la historia familiar de depresión y de abuso de sustancias se asocia con un alto riesgo suicida en adolescentes. Por ello es importante hacer referencia a los antecedentes familiares y al tipo de relaciones que se establecen dentro del sistema familiar, por lo cual a continuación se ahondará sobre este tema.

### **2.2.3 Problemas Familiares**

Con el paso del tiempo la familia ha pasado por un proceso de diversificación en el cual coexisten cinco factores de transformación social que son, los que han potenciado los cambios en la demografía y la estructura de los hogares; 1) la homogeneización cultural, 2) la productividad económica, 3) la movilidad geográfica, 4) el trabajo ajeno a la institución familiar y 5) la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Esta situación a provocado en el seno familiar cambios importantes para los que, presumiblemente; no estaba preparada. Este contexto de cambio permanente, de continuo reajuste, ha traído consigo un cierto clima de desconcierto que afecta a la familia en particular y a la sociedad global. Todo ello se traduce en la pérdida de una serie de valores y principios claros que sirven de referencia en lo que podría denominarse de acuerdo con Pastor, (1988 en: Vielva, Pantoja y Albeijón, 2001) como una crisis familiar de doble vertiente: una externa y otra interna

La crisis interna que sufre la familia de acuerdo con Pastor (op cit.) es un fenómeno que se ha denunciado desde distintos foros y el creciente número de familias que demandan terapia y apoyo de los servicios especializados no es sino un dato mas que lo corrobora. “Los síntomas que reflejan la crisis familiar interna son entre otros, la incomunicación, el deterioro o el mal ejercicio de la autoridad, el conocido “conflicto generacional”, la renuncia de los padres (a menudo atrapados por sus ocupaciones laborales) a ejercer la función educadora que les corresponde y la casi inexistente o deteriorada red familiar de cohesión y de apoyo. No obstante todo ello hay que añadir que la familia ha perdido poder de influencia sobre sus hijos, en beneficio de la escuela y el propio ambiente social “(p.24).

Por otra parte este mismo autor en lo que a la crisis familiar externa se refiere, indica que ésta es consecuencia de la anterior. La familia es la base de toda sociedad, por ello un funcionamiento familiar interno deficitario encontrará su repercusión en el ámbito social. Por lo que la familia juega un papel esencial en el desarrollo de cada una de las personas, ya que es dentro de ella donde se adquieren los aprendizajes básicos que son necesarios para el desenvolvimiento de la persona en sociedad, a través de distintos mecanismo como lo son : estilos educativos, creencias, valores, etc..

Además como ya se ha mencionado en otros apartados existen posibilidades de asumir un modelo de comportamiento, por ello es importante poner especial atención en aquellos casos en donde en la historia de la familia existan casos de suicidio, ya que este tipo de conducta en muchas ocasiones es tomada como una opción a los problemas familiares que se tienen. Por ello es importante tomar conciencia de que el sistema familiar es de gran influencia para que dentro de este se repitan ciertos patrones de cualquier comportamiento suicida como refiere Bobes, (et al. op. 2004) una mala estructura familiar incrementa el riesgo de suicidio en personas jóvenes. El maltrato, particularmente los abusos sexuales en la infancia, incrementan el riesgo de comportamiento suicida en la edad adulta, lo que podría explicar el alto grado de psicopatología parental con tendencia a la impulsividad y a la agresión y en consecuencia, a las tentativas de suicidio en padres abusivos.

Y dado que los modelos de comportamiento son tomados, evidentemente de la familia en la cual se crío el niño. Una posibilidad es que se tome tal cual es el modelo, se asuma consciente o inconscientemente y se repita los más apegado al pie de la letra, la otra posibilidad es que se tome el modelo diametralmente opuesto al establecido por lo padres, por que se considera negativo; la tercera posibilidad es que, a partir del análisis y la experiencia, se construya uno nuevo en base en el modelo experimentado (Vargas e Ibáñez, 2006).

Por otra parte Tousignant y Hanigan (1993, en: Buendía, et al. op cit.) han encontrado mayores conflictos familiares en sujetos con tentativas de suicidio. Además se le suman a la existencia de conductas suicidas la escasa comunicación entre los padres, la historia familiar de conducta suicida, los problemas parentales con la policía los antecedentes de depresión y el abuso de sustancias y las disputas graves entre padres e hijos.

Al respecto hay datos consistentes de que la disfunción familiar podría ser un factor favorecedor del comportamiento suicida. Los estudios en los que queda mejor reflejada la importancia de estos factores son los basados en las llamadas autopsias psicológicas de jóvenes suicidas en los que el divorcio parental, los antecedentes familiares de suicidio y/o tentativas de suicidio, eran muy frecuentes, en los meses anteriores al acto suicida (Bobes, et al, 2004).

Esta situación se ve confirmada en el estudio de Hollis y cols. (1996 en: Bobes, et al. (op cit.) en donde participaron 284 jóvenes con comportamiento suicida comparados con otro grupo control no suicida, encontraron que el comportamiento suicida en adolescentes se asociaba de manera independiente con la presencia de problemas familiares y sintomatología depresiva, y que las características de falta de calidez familiar, altercados en el hogar y problemas en la relación entre madre e hijo contribuyen en el comportamiento suicida.

Los mismo autores mencionan: “este resultado es importante porque sugiere que le problema no estaría en la estructura familiar per se, sino en cómo este factor de riesgo contribuye al comportamiento suicida” (p.84), al respecto Ferreira (2007) refiere, que el riesgo de suicidio es cuatro veces mayor al encontrarse antecedentes familiares con conductas suicidas, que cuando se le relaciona con cualquier otro factor de riesgo.

Por otro lado cabe destacar que también se ha encontrado que existe una relación estrecha entre el factor familia y la autoestima dando como resultado al conjuntar estas dos variables, la presencia de conductas suicidas en los jóvenes.

#### **2.2.4 Baja Autoestima**

El estudio de la autoestima suscita un creciente interés no solo por sus implicaciones en al rendimiento académico y el ajuste escolar, sino también como consecuencia de su relación con el ajuste social, el bienestar y la salud. En este sentido, la autoestima se ha planteado como un importante recurso intrapersonal, cuya potenciación puede redundar en un mejor ajuste de los individuos (Herrero, 1994; en: Cava y Musitu, 1997).

En términos sencillos Faw (1982) define autoestima como la discrepancia que existe entre lo que pensamos que somos y lo que nos gustaría ser, es decir, en como valoramos lo que pensamos acerca de nosotros mismos. En cuanto al ámbito infantil o juvenil, podemos hablar de cinco áreas: 1) área social que se refiere a los sentimientos del niño o adolescente sobre las relaciones con sus amigos, 2) área académica en la cual piensa sobre su faceta como estudiante, 3) área familiar cómo se siente como parte integrante de su familia, 4) imagen corporal cómo ve su aspecto físico o sus capacidades físicas y 5) autoestima global que es la valoración general que hace de sí mismo. Cabe destacar que en cada una de estas áreas la autoestima tiene su papel primordial.

Algunos efectos que han encontrado que tiene la autoestima de acuerdo con Alcántara (1996) son los siguientes:

El niño que tiene una alta autoestima se fijará metas superiores a aquel que carece de ella, se afanará en lograrlas y las obtendrá, pues estará más capacitado para soportar el estrés que conlleva el aprendizaje.

Cuando una persona goza de autoestima es capaz de enfrentar los fracasos y los problemas que le sobrevengan. Dispone dentro de si la fuerza necesaria para reaccionar buscando la superación de los obstáculos. Sin embargo, pasa lo contrario con el joven o el adulto desvalido de autoestima: los golpes que recibe en su vida, le quiebran, le paralizan, le deprimen, etc.

Como menciona Lindenfiel (1999), las personas con alta autoestima, comparadas con las que tienen autoestima baja, aceptan mejor a los demás y tienden a ser activas con un sentimiento de autodeterminación y por lo tanto son más capaces de tolerar a los demás.

Sin embargo como menciona Branden (2001) el que la autoestima tenga un impacto para bien o para mal en la persona, depende en gran medida del medio familiar ya que este juega un papel importante en la formación de la autoestima, por que los padres pueden alimentar la confianza y el amor propio o colocar enormes obstáculos en el camino del aprendizaje de tales actitudes, además de transmitirles que creen en la capacidad y bondad de su hijo, o bien lo contrario; crear un ambiente en el cual el niño se sienta seguro o inseguro; fomentar el surgimiento de una buena autoestima o hacer todo lo concebible para subvertirla.

Además este mismo autor señala que los padres en ocasiones crean importantes obstáculos para el crecimiento de la autoestima de su hijo cuando:

Trasmiten que el niño no es “suficiente”.

Los castigan por expresar sentimientos “inaceptables”.

Los ridiculizan o humillan.

Le transmiten que sus pensamientos o sentimientos no tienen valor o importancia.

Intentan controlarlo mediante la vergüenza o la culpa.

Lo sobreprotegen y en consecuencia obstaculizan su normal aprendizaje y creciente confianza en sí mismo.

Educan al niño sin ninguna norma, sin una estructura de apoyo o con normas contradictorias, confusas, indiscutibles y opresivas.

En ambos casos inhiben el crecimiento normal.

Niegan la percepción de su realidad.

Tratan hechos evidentes como irreales, alterando así el sentido de realidad del niño.

Aterrorizan al niño con violencia física o con amenazas, inculcando agudo temor como característica permanente en el alma del niño.

Tratan al niño como objeto sexual.

Le enseñan que es vergonzoso, indigno o pecador por naturaleza

Todo esto provoca en el niño o el adulto una autoestima baja o un déficit de autoestima (Bermudez, 2000). Además este autor menciona que este tipo de personas presentan ciertas características entre ellas se encuentran que suelen ser extremadamente críticos consigo mismos, los criterios que utilizan para evaluar sus propias acciones, sus propios pensamientos y juzgar la imagen que representa dentro del grupo social al que pertenecen son criterios idealistas y perfeccionistas.

Tienen un temor excesivo de cometer errores, por ejemplo, el simple hecho de dudar o contestar una pregunta que le hacen es sinónimo de catástrofe. Se consideran así mismas personas despreciables y sienten que han perdido valor frente a los demás. El miedo de no hacer las cosas perfectamente les lleva a evitar situaciones, prefieren decir “no sé” cuando se les presenta algo antes que contestar sin estar seguros de conocer la respuesta. Aun teniendo buena capacidad intelectual para realizar sus trabajos, les ocupa gran parte del tiempo, ya que, comprueban una y otra vez si lo que hicieron está muy bien, o si por el contrario, deben volver a revisarlo y corregirlo para que quede perfecto.

También estas personas, son muy sensibles a la crítica; las reacciones emocionales y conductuales ante una llamada de atención sobre su conducta que realicen padres o profesores, o cualquier comentario negativo de algún compañero, son siempre exageradas. Lloran, patalean, se enfadan, se aíslan y no olvidan fácilmente, tienden a hacer sus propias interpretaciones de lo que han oído y suelen encontrar intenciones ocultas y erróneas en lo que los demás dicen y hacen.

Además, necesitan la aprobación continua de los demás en todo lo que hacen, piensan y dicen. Confían muy poco en sus capacidades y en sus decisiones por lo que necesitan la opinión de otras personas que les reconozcan cómo están haciendo las cosas. De esta opinión depende el que ellos se valoren o no como persona.

Los niños con déficit de autoestima no son buenos compañeros de juego. Ni se divierten ni están relajados mientras juegan, solo piensan en ganar para demostrar que son los mejores y en lo terrible y horroroso que sería perder. Son capaces de imaginar mientras juegan que ocurriría si perdieran, posibilidad que dada la poca confianza que tienen en sí mismos y la historia de fracasos es la más probable.

Si pierden se enfadan de manera desproporcionada, no olvidan fácilmente esa derrota ni a las personas que la presenciaron, y la incluye en su larga lista de fracasos. Cuando obtienen una victoria la satisfacción que experimentan es tan intensa que sus reacciones emocionales son muy exageradas, todos deben saber que ganó y todos deben alegrarse por ello.

También tienen mayor dificultad para hacer amigos, tienen miedo a hablar en público y un gran sentido del ridículo. Nunca ocupan la posición de líder, ni son muy populares. Al acatar con pasividad las normas del grupo, no son rechazados, pero sí ignorados. No aportan nada al grupo que pertenecen, no toman iniciativa ni son alegres, no tienen sentido del humor no son entusiastas ni participativos por lo que nunca estarán integrados en el mismo.

Aparentemente son personas tranquilas y relajados, reflejo de su pasividad e inactividad, ya que eligen ésta como actividad preferida, son personas que prefieren no hacer nada para evitar la evaluación, son conformistas con lo que los otros les asignan y poco exigentes con sus derechos, no son espontáneos, son tímidos y retraídos y no es fácil observar en ellos manifestaciones positivas, no ríen abiertamente, sus risas quedan entrecortadas. En situaciones inesperadas presentan conductas desafiantes y agresivas hacia cualquier persona que se encuentre en su entorno. Esta forma de responder es una respuesta enmascarada de frustración, tensión y tristeza acumulada.

Por último, cabe mencionar que los niños con déficit de autoestima tienden a evaluar las situaciones y las actuaciones de forma extremista, sin considerar que existe una amplia variedad de posibilidades entre ambos extremos, todas ellas válidas y aceptables. Por todas estas características estas personas en ocasiones suelen ver en el suicidio una solución a sus problemas o situación actual.

Al respecto Buendía, Riquelme y Ruiz (2004) señalan que los adolescentes con trastornos del estado de ánimo como lo son la desesperanza y la baja autoestima, presentan ideación suicida grave. Así mismo una familia disfuncional puede disminuir la autoestima de los niños, y en combinación con otros factores puede contribuir a que se generen sentimientos de vulnerabilidad y motivación para el suicidio.

González-Forteza, et al. (1998) han encontrado también que las adolescentes con baja autoestima presentan pensamientos suicidas. Del mismo modo Buendía, et al. (2004) hacen mención de que en diversos estudios han encontrado relación entre la autoestima y la conducta suicida. Así también ha encontrado autoimágenes negativas y baja autoestima en personas que han realizado alguna tentativa de suicidio o amenazado con suicidarse, por lo que refieren que cuando la autoestima es mayor, la ideación suicida es menor.

Como menciona Branden (2001) "cuando se posee, una autoestima alta esta actúa como el sistema inmunológico de la conciencia dándole resistencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Cuando es baja, disminuye nuestra resistencia frente a las adversidades de la vida". (p. 36),

Es por ello que la autoestima resulta vital para todo ser humano y consiste esencialmente en la confianza en nosotros mismos y en nuestra capacidad de actuar y pensar positivamente. Además de ser básica y efectuar una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano de todo individuo.

### **2.3 Factores protectores del suicidio**

Como veremos a continuación determinadas variables que, por lo general, actúan a modo de factores de protección respecto al suicidio, pueden adquirir un valor especial en relación con la conducta suicida en adolescentes y jóvenes.

#### **2.3.1 Religión**

La religión actúa como factor protector ante conductas suicidas, ya que la asistencia a las iglesias así como la afiliación a ellas, en su mayoría protestantes (bautistas o metodistas) actúa como un variable importante que brinda apoyo social y la posibilidad de actuar en base a determinados principios éticos. Por lo que el suicidio es visto como una solución inaceptable y como un signo de sumisión (Casullo, Bonaldi y Fernández, 2000).

De igual forma Bobes, et. al. (op.cit), refieren que en los países musulmanes donde la religión prohíbe determinadamente el suicidio, la tasa total de suicidio es cercana a 0 (0,1). En los países de religión hindú y en los cristianos la tasa se sitúa en torno a 10 (hindú, 9,6; cristianos, 11,2) mientras que los países budistas tienen tasas más elevadas, hasta 17,9. Por último, se ha encontrado que en los países predominantemente ateos son en los que se presentan las tasas de suicidio más elevadas (6,25). Por lo tanto se ha llegado

a la conclusión que la religión es uno de los factores protectores culturales más importantes en la determinación de los comportamientos suicidas, además claro de la familia que es parte de la cultura y su vez de la sociedad.

### **2.3.2 Familia**

Anteriormente se habló sobre la familia como factor precipitador del suicidio, sin embargo también se ha encontrado que la familia puede ser un factor protector ante el suicidio, a continuación se darán algunas de las razones del por que de esta situación.

Vargas e Ibáñez (2006) en principio refieren que la familia como institución tiene funciones sociales muy importantes, entre ellas, la reproducción de la sociedad. Las personas no nacen aisladas sino dentro de una familia, la cual vive, a su vez, en condiciones sociales, culturales y económicas determinadas. Estas condiciones influyen en sus expectativas, en su estilo de resolver los problemas, en sus aspiraciones y planes para el futuro.

De tal modo que el niño va creciendo en torno de la familia y de la escuela, su lugar y papel que tiene en la familia depende de muchísimas variables, como el lugar que ocupe entre los hermanos y el tipo de familia en la que haya nacido. Algunas familias muy unidas hacen todo juntas, desde las actividades escolares, las de la limpieza y las del aseo hasta de las de diversión. En otras la dispersión de cada uno de los miembros es la característica, pero el niño siempre termina por adaptarse a su ambiente y en ocasiones, hasta sacarle el mayor provecho (Vielva, et al. 2001 ).

Sin embargo independientemente del formato de familia que se tenga Familia nuclear, familia de un solo padre o familia de segundas nupcias, etc., todas las familias deben trabajar para promover las relaciones positivas entre los miembros, asistir a sus necesidades personales y prepararlos para enfrentarse con los cambios madurativos (el hijo deja la casa) o con las crisis no previstas: divorcio, muerte, enfermedad aguda, etc.

Por esta razón una de las funciones que avala la importancia de la familia es la satisfacción de un grupo de necesidades tanto o más importantes que los requerimientos materiales, y estos son las necesidades afectivas. La necesidad de afecto para un desarrollo adecuado está plenamente reconocida y en condiciones normales, es la familia la encargada de transmitir ese componente emotivo.

Con lo cual se va a derivar una nueva función, muy unida a la entrega de afecto y del todo relevante para el individuo. Se trata de la red de apoyo que se ofrece desde el grupo familiar, algo especialmente importante si se considera la gran cantidad de influencias, no siempre positivas a las que nos vemos sometidos a lo largo del proceso de desarrollo. Por tal motivo la familia constituye lo más fuerte de las redes de protección social con las que contamos, desde ella se ofrece apoyo y se brindan contactos para conseguir nuevas formas de apoyo social en el futuro.

Además es importante considerar que las funciones de la familia no se agotan en el mantenimiento de la sociedad y en la comisión de afecto y protección a quienes viven en ella. Si no que existen otro tipo de funciones como la económica, la religiosa y moral que también constituyen pilares importantes para el desarrollo de sus miembros y por extensión para la sociedad, lo cual permite al individuo hacer frente a diversas dificultades que puedan presentársele a lo largo de su vida, sabiendo que tiene el apoyo que necesite en cualquier momento de su familia, además de que en una familia donde existe apoyo mutuo, y persisten las creencias negativas hacia la muerte no permite que se vea a al suicidio como una salida a los problemas que se le puedan presentar.

### **2.3.3 Construcción de la realidad**

Podemos decir que las creencias son ideas y prácticas generalizadas que se basan en la tradición y se aceptan regularmente en forma a crítica por lo miembros de un grupo, comunidad o sociedad, debido a que se interpretan como correctas, asimismo las prácticas derivadas de las mismas son vistas

como adecuadas para hacer frente al fenómeno de la enfermedad. Además, de ser conocimientos comunes a los cuales todos los miembros de una sociedad tienen acceso en menor o mayor medida (Alvarez, 2000).

Así mismo sirven para vivir en sociedad y organizar su universo, por que el hombre necesita contar con algunos puntos de referencia fundamentales que delimiten el tiempo y el espacio, dándoles, directa o indirectamente, un sentido al devenir y una connotación a los actos vividos. Cada persona es protagonista, testigo o depositaria de las situaciones vividas por ella o por los otros y el valor que les de a las miradas de acontecimientos dependerá de la clave de descodificación personal o colectiva. El hombre que vive en sociedad confiere a todo lo que percibe un sentido y un valor para construir su propio mapa de mundo.

De hecho poniendo orden en el conjunto de sus percepciones, realiza operaciones de distinción y construye su universo cognitivo. Dicho de otro modo: el hombre, a través de sus receptores sensitivos, recoge informaciones sobre sí mismo y sobre su entorno. Después procede a descodificar tales informaciones, asignándoles un valor arbitrario, ya que depende de su propio sistema de descodificación. Construye el mundo que le conviene, recreando una realidad que será la suya y que, seguidamente habrá de compartir (Alvarez, 2002).

Crea a sí una realidad verdadera que organiza sus acciones y sus pensamientos. El modelo del mundo es el mapa que le sirve para situarse en la realidad, como refiere Perrone y Nannini, (2002) un sistema de creencias es más que un modelo, ya que supone haber integrado en su mapa un orden del mundo establecido por las generaciones precedentes, el que por otra parte resulta compatible con la propia clave personal de descodificación. Cuando el conjunto de las experiencias vividas por sí mismo y por los otros a lo largo de muchas generaciones se articula de modo coherente y funcional, constituye un sistema de creencias que la persona se atiene y del que se vale para actuar.

Como es obvio cada persona pone a prueba su propio sistema de creencias, lo que moviliza y pone en juego estrategias de acomodación o de defensa y también mecanismos que posibilitan las transformaciones, en el propio sistema y en el del otro.

Por ello todo sistema de creencia e incluso toda ideología, posee una fuerte coherencia interna, una suerte de coraza protectora contra las sacudidas que depara la confrontación con otra realidad.

Al respecto Guibert, (2002) refiere que las personas en su vida cotidiana enfrentan una serie de situaciones y problemas cuyo impacto va a estar determinado en buena medida por la representación psicológica con que estos lo observan o interpretan, y muchas veces las creencias e ideas que tienen las personas originan al interactuar con la realidad, la aparición de trastornos emocionales. Muchas de estas ideas o creencias son irracionales pues atrapan al individuo en el "debe ser" y no le permiten ser él mismo en las cambiantes situaciones de su vida a que se ve expuesto.

Por lo que con el propósito de incrementar el nivel de bienestar y la autorrealización de las personas, las creencias irracionales más frecuentes (como el nadie me quiere, o no le importo a nadie, pensar que la vida no vale nada etc.), se deben trabajar en los grupos comunitarios y en la escuela, pues ensanchan la capacidad reflexiva de las personas, ayudan a la flexibilidad de sus mecanismos autorreguladores, se torna más activa la personalidad y aumenta la autoeficacia del comportamiento.

Ya que cuando las personas se encuentran motivadas para realizarse en el presente y en el futuro, es poco probable que piensen en exceso sobre la muerte; o que cometan acciones que pongan en peligro su vida como en el caso de cualquier conducta suicida.

Al respecto Casullo, et al. (op cit.) refieren que de entre los inhibidores de comportamientos suicidas se encuentran las creencias y las normas culturales ya que la significación que una cultura o subsistema cultural asigna

al hecho de morirse va a tener efectos en los comportamientos de sus miembros. Países como Japón a modo de ejemplo, revela actitudes de mayor tolerancia respecto al suicidio que los EE.UU, por ello las estadísticas reportan menos casos de suicidio en comparación con éste último.

Dado que en la medida en que la vida de las personas sean más libres y flexibles es más probable que aumenten las medidas para tener una larga vida, y al mismo tiempo se acepten mejor a sí mismos lo cual les permitirá integrarse mejor a sus grupos de referencia.

#### **2.3.4 Grupo Social**

En lo que respecta al grupo social, podemos advertir que esta influye en la forma de vida de cada miembros de la familia y determina o ayuda a formar la personalidad de cada uno de ellos. Las personas que tienen poca confianza de su capacidad dentro de la sociedad, tienden a buscar roles sometidos y evitan las situaciones que requieren asumir responsabilidades. Por ello toda persona se ve a si misma desde le punto de vista de los grupos en que participa y todo aquello que piensen de un individuo influirá positiva o negativamente en la personalidad o forma de pensar (Woolfolk, 1990).

Ya que como mencionan Vargas e Ibáñez (op cit.) la participación social activa hace que más probable que el individuo sea parte del orden convencional, que a su vez funciona como un control social que promueve la conducta parental convencional y restringe la conducta parental desviada.

Así mismo Casullo, et al. (op cit.) mencionan que la familia extensa y los vecinos brindan apoyo afectivo, económico y social así como recursos frente a situaciones de crisis, por ello se sitúan como factores inhibidores de conductas suicidas. Por ello el grupo social es de gran importancia en el desarrollo de ciertas conductas y de cómo el individuo puede afrontar ciertas adversidades que se le presentan a lo largo de su vida.

Al respecto González-Forteza, et al. (op.cit) refieren que en estudios realizados para identificar los indicadores protectores y de riesgo en la ideación suicida en estudiantes de secundaria entre 13 y 15 años de edad en la ciudad de México, señalan que el estado emocional está asociado con el interjuego del impacto estresante de las situaciones conflictivas cotidianas, mediatizado por los recursos psicológicos personales y por los recursos externos del entorno social, por las respuestas de enfrentamiento y por tanto, sobre las consecuencias emocionales a corto y largo plazo. Por tanto en este proceso, se asume que las condiciones psicosociales dependen no sólo del contenido, sino también del contexto sociocultural en el cual ocurren y se manifiestan.

Por tanto cabe mencionar que Buendía, et al. (op cit.) señalan que de entre los factores de protección del suicidio se encuentra el apoyo social, ya que es una variable capaz de amortiguar los efectos negativos del estrés, lo cuál facilita la adaptación a situaciones difíciles, por lo que raramente tienen como resultados el suicidio si hay un sistema de apoyo social con suficiente calidad y consistencia. Así mismo este autor señala que se ha confirmado que el apoyo social es un importante elemento a considerar cuando se pretende clarificar la relaciones entre el estrés, debilitamiento psicológico y la ideación suicida, por ello se ha puesto de manifiesto una relación negativa entre la ideación suicida y el apoyo social.

Pero además de que el apoyo social actúa como un factor inhibitor de conductas suicidas, también lo es él cómo el individuo ha construido a lo largo de su vida y con la influencia del grupo social la forma de afrontar las adversidades que se le han presentado a lo largo de su vida, a lo cual se le llama resiliencia, y con lo cual se da paso a otro de los factores que juegan como protectores de la conducta suicida.

### **2.3.5 Resiliencia**

Que algunos individuos resisten mejor que otros los avatares de la vida, la adversidad y la enfermedad es un hecho admitido desde hace siglos, esta característica por mucho tiempo se ha atribuido a una “constitución” especial., y

ha sido recientemente cuando se ha tenido en cuenta la interacción entre el individuo y sus allegados, sus condiciones de vida y por último, su ambiente vital, lo que ha suscitado estudios sistémicos fecundos (Manciaux, 2003)

Sucesivamente se ha estudiado y puesto de relieve la resistencia (mayor o menor) al trauma y a los sucesos desestabilizadores, la capacidad de enfrentarse y la adaptabilidad, a lo cual se a denominado resiliencia De hecho, se ha encontrado: niños, adolescentes, adultos, familias y comunidades que “encajan” schocks, pruebas y rupturas, y las superan y siguen desenvolviéndole y viviendo – a menudo a un nivel superior- como si el trauma sufrido y asumido hubiera desarrollado en ellos, a veces incluso, recursos latentes y aun insospechados.

Y a esto se le ha denominado resiliencia, dando como resultado más que la resistencia misma una amplia adaptabilidad a sucesos devastadores. Por tanto la resiliencia es la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux, 2003).

Pero cabe destacar que una característica que posibilita el que una persona sea resiliente ante un evento devastador es el que a cualquier edad halla sido capaz de desarrollar su autoestima, la conciencia de las posibilidades propias, el sentido de la responsabilidad, la reparación de los daños y sufrimientos causados, lo que no puede por menos de preparar un terreno favorable al surgimiento de la resiliencia. Si ésta se nutre de esta reorientación del pensamiento y de la acción, contribuirá a su vez a esa “positivación” de la forma como los profesionales y el público mira a las personas y los grupos humanos en dificultades, que sufren. La solidaridad social y corriente humanitaria interviene en este cambio (Manciaux, op.cit.).

Por otro lado la resiliencia es además fruto de la interacción de factores de riesgo y de factores de protección. La experiencia y la investigación muestran que esta distinción a menudo es artificial, aunque solo es porque un

mismo factor puede ser un riesgo o una protección según el contexto, la naturaleza y la intensidad del estrés, la persona y aun el periodo de la vida de un mismo individuo. Entre las situaciones de riesgo hay unas extremas, a menudo colectivas y otras aparentemente menos graves, pero más duraderas y por tanto potencialmente desestabilizadoras: maltrato, indigencia, aislamiento social, enfermedades crónicas, patologías mentales o alcoholismo parental, toxicomanía, antecedentes de conductas suicidas en la familia de origen. etc.

La resiliencia como refiere Manciaux (2003) se manifiesta a partir de una situación difícil que puede tomar formas muy variadas:

- Un trauma puntual y brutal, como la muerte de una persona allegada;
- Una limitación permanente, como una paraplejía
- Una situación de alto riesgo, como la de un niño de la calle.
- Un trauma repetido, como abusos sexuales,
- La presencia de antecedentes suicidas en la familia.

Manciaux (2003) refiere que la periodista Colin-Simard entrevisto a una serie de personas que habían sufrido una gran prueba para saber qué habían percibido como positivo en su entorno durante ella. Las pruebas eran muy diversas: la pérdida de dos hijos en un accidente de coche, el nacimiento de un hijo disminuido, una tetraplejía por accidente de natación, el suicidio de un amigo íntimo. En principio estos testimonios desconciertan: en cuento al apoyo externo, lo que unos aprecian, otro lo rechazan. Sin embargo se deducen tres lecciones para el entorno, en orden de prioridad decreciente: saber callar, conocer las limitaciones propias y aclarar tus motivaciones. De hecho son tres modos de apoyar una relación con la persona que sufre. Lo específico de los tres es que nos ayudan a asumir la impotencia ante quien sufre.

En lo que respecta a estas últimas situaciones de riesgo Ferreira (2003) menciona que en cuanto a los factores de protección del suicidio, los que más se citan respecto al sujeto resiliente son la autoestima, la sociabilidad, el don de inspirar simpatía, sentido del humor, un proyecto de vida, en cuento al

entorno uno o varios adultos que despierten la conciencia del niño, en quienes éste confíe y que le muestre su confianza en él – verdaderos –tutores de resiliencia – y más en general el apoyo social.

Para el profesional el desarrollo de la resiliencia requiere otra forma de mirar la realidad para usar mejor las estrategias de intervención. Más allá de los síntomas y las conductas esa mirada intenta detectar y movilizar los recursos de las personas, de su entorno y de los servicios y las redes sociales, educativas, sanitarias, etc. Lleva a dejar todo determinismo fatalista, toda idea de reproducción transgeneracional automática y todo perfeccionismo, para que la persona y la familia busquen, dejen libre y se hagan un camino de vida.

Cabe mencionar que los factores de resiliencia en que se fija no son idénticos, pero sí coherentes con los mencionados antes: relaciones fuertes y estables, valores, objetivos y sueños, espiritualidad y oportunidades que permiten desarrollar talentos e intereses.

### 3. MÉTODOLÓGÍA

#### Objetivo general de la investigación

El objetivo general de la presente investigación fue detectar si las relaciones disfuncionales en la familia son un factor que llevan a los jóvenes a presentar ideación suicida y si ésta está relacionada con la depresión y con los sentimientos de desesperanza

#### Pregunta de investigación

¿Qué relación tienen las variables de disfunción familiar, la desesperanza, y la depresión con respecto a la ideación suicida en los jóvenes?

#### Hipótesis

La hipótesis de la presente investigación fue la siguiente: Las relaciones disfuncionales entre los miembros de la familia, la depresión y los sentimientos de desesperanza, son factores de riesgo que llevan a los jóvenes a tener ideas suicidas.

#### Muestra

La muestra fue no probabilística, constituida por 116 estudiantes de la Universidad Autónoma de Chapingo, de nivel medio superior con edades que oscilaban entre 14 y 23 años.

#### Diseño de investigación y descripción de los instrumentos

Para el propósito inicial, el estudio se basó en una metodología correlacional-causal para relacionar la variable ideación suicida con la variable

relaciones disfuncionales en la familia, y estas a su vez relacionarlas con las variables depresión y desesperanza.

Las variables involucradas en el estudio se definieron de la siguiente forma:

Relaciones familiares disfuncionales. Son familias que pueden estar conformadas por padre, madre e hijos o que en ocasiones solo se encuentra uno solo de los padres en donde se presentan los mayores conflictos, limitando con ello la forma de relación entre sus miembros, y por consiguiente sus alternativas para desarrollarse (Melgoza op.cit).

Desesperanza. Supone una visión negativa del futuro que conlleva a la convicción de que la situación actual no va a mejorar con el paso del tiempo (Rosales y Caballero, 2005).

Depresión. Estado de ánimo triste, afligido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, falta de voluntad e incapacidad de decisión (Barón op.cit).

Ideación Suicida. "Abarca distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción". (Goldney y col. 1989, en: Casullo y cols. 2000 Pag. 20).

## Instrumentos

Para medir las variables se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Escala de ideación suicida de A.T. Beck. (ver anexo 1) Cuantifica la intensidad y las dimensiones (grado y severidad) de la destrucción, de los pensamientos y los deseos, las preocupaciones y las amenazas de suicidarse, además de las

características y las expectativas de intentar suicidarse. Es decir los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas así como la actitud del paciente hacia ellos. Se evalúa también el grado del deseo de morir y el deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los detalles sobre su planeación en caso de que hubiera y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidio. La escala esta formada por 21 reactivos. Cada uno de los reactivos tiene 3 posibles alternativas calificadas de acuerdo a la intensidad, de 0 a 2. La suma de éstos, proporciona el grado de severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican ya que miden de intentos anteriores de suicidio y la severidad de éstos.

2. Inventario de depresión de Beck. (ver anexo 2). Este es un instrumento autoaplicable que fue desarrollado para evaluar la severidad de la depresión. Consta de 21 apartados que se califican de cero a tres. La prueba, tiene como objetivo identificar síntomas típicos de la depresión severa o de aquella que requiere hospitalización. En el diseño de este test, se han tenido en cuenta esos criterios internacionales de descripción, por lo que no presenta de ninguna teoría de la depresión en particular.

3. Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar (FACES III) en español (México). (ver anexo 3). Consta de 30 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert. Las 30 preguntas tienen un valor de puntuación de 1 a 5 (casi nunca, 1; de vez en cuando, 2; varias veces, 3; frecuentemente, 4; y casi siempre, 5) y se contesta en un promedio de 5 min.

4. Escala de desesperanza de Córdova y cols. (2005). (ver anexo 4). Esta escala consta de 14 reactivos que evalúan 3 dimensiones de la desesperanza: 1: Pensamientos de igualdad entre el presente y el futuro respecto a expectativas negativas. 2:

Autoconcepto negativo, autovaloración negativa que continúa en el futuro y 3: Sentimientos que acompañan a las expectativas negativas acerca del futuro: desesperación, decepción y desilusión.

#### Procedimiento:

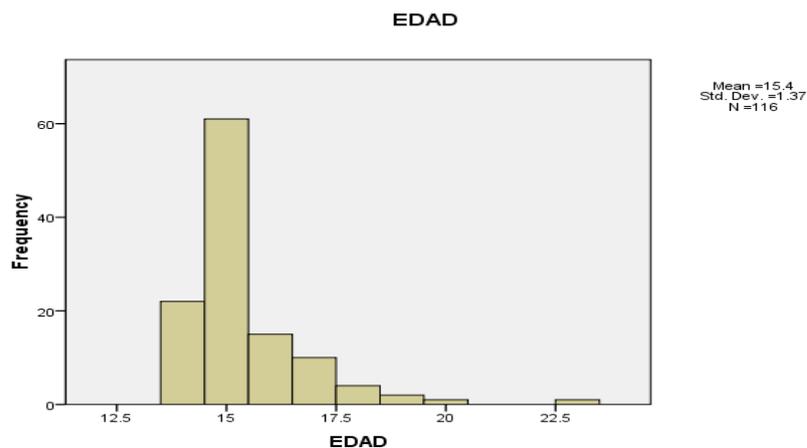
La elección de los sujetos se realizó al acudir a 5 grupos de nivel medio superior de la Universidad Autónoma de Chapingo en donde se les pregunto a los estudiantes si querían contestar unas serie de escalas con el fin de hacer un estudio acerca de las conductas suicidas. De estos cinco grupos 116 estudiantes fueron los que conformaron la muestra.

La aplicación de las pruebas, se llevó a cabo en dos días, en el primero se les aplicaron a tres grupos y en el segundo día a dos grupo. A todos los grupos se les mencionó, que se les iba a proporcionar 4 cuestionarios, uno sobre ideación suicida, otro sobre depresión, otro de desesperanza y acerca del tipo de relaciones familiares que se establecen.

Además se les dijo que los resultados de esas pruebas serían confidenciales, por lo que no era necesario que pusieran su nombre en ninguna de las pruebas. Al darles las instrucciones se les mencionó que era necesario que eligieran la respuesta con la que más se identificaran, que leyeran bien las instrucciones de cada prueba, y que si tenían alguna duda en cuanto a las mismas lo hicieran saber. Los estudiantes se tardaron en promedio de 30 a 40 minutos en contestar la batería.

### 3.1 Resultados

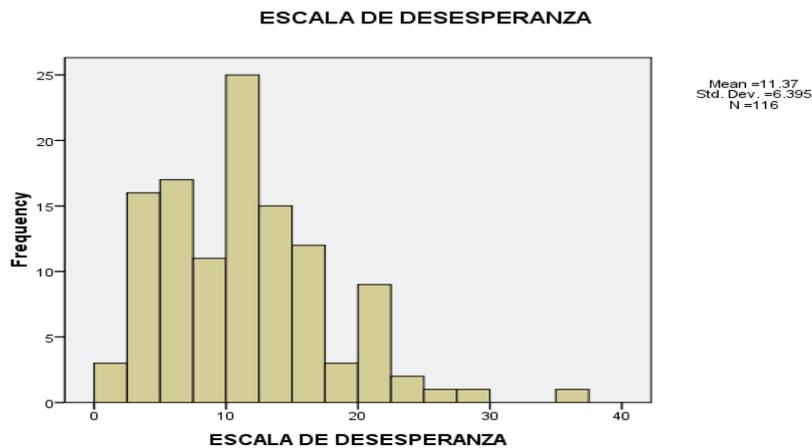
El análisis de los resultados se obtuvo mediante el software SPSS 16.0. Las escalas fueron aplicadas a jóvenes de entre 14 y 23 años, dando como resultado una media de 15.4 años, es decir que la mayoría de los sujetos se ubicaron en este rango de edad. (ver grafica1).



Grafica 1. Edades de los sujetos a los que se les aplicaron las pruebas.

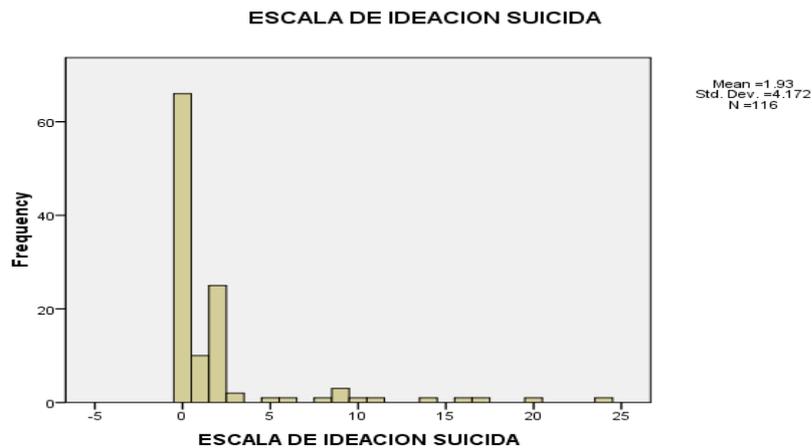
Por otra parte en la aplicación de la escala de desesperanza, las puntuaciones que se obtuvieron de acuerdo con la mediana se ubicaron en 12 puntos (ver gráfica 2). De acuerdo con el punto de corte, las puntuaciones de las personas que situaron entre 0 y 21 indican que la mayoría de los sujetos manifestarán un nivel de desesperanza bajo.

Cabe mencionar que como se muestra en la gráfica 2, los resultados de ésta escala fluctuarán entre 0 y 36 puntos. Sólo 7 sujetos se ubicaron en la categoría de nivel de desesperanza moderada lo cuál corresponde al 6% de la población estudiada.



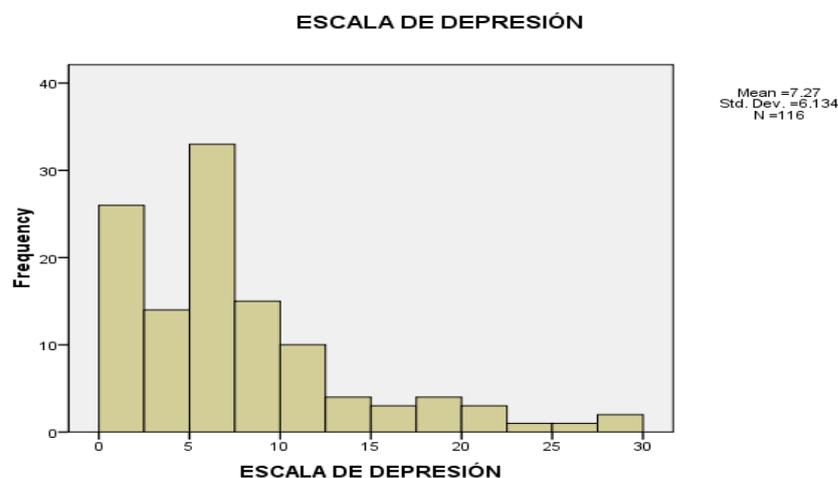
Grafica 2. Puntuaciones totales obtenidas en la escala de desesperanza.

En lo que se refiere a los datos obtenidos en la escala de ideación suicida, la media de las puntuaciones fue de 1.93, las puntuaciones del 59.6% de la población fueron de 0, mientras que en sólo 13.3% del la población estudiada se encontró síntomas de ideación suicida, en donde los puntajes oscilaron entre 3 y 24, siendo el punto de corte 5, ya que las categorías se conformaron de la siguiente forma: de 0-4 No hay ideación suicida y de 5-42 hay ideación suicida. Cabe destacar que hubo dos casos que resultaron extraños, ya que en la escala existe una sección en que de acuerdo a las respuestas que den se sigue contestando o no la escala, sin embargo hubo dos chicos que contestaron esas preguntas con los puntajes necesarios para seguirla contestando, sin embargo en las respuestas siguientes obtuvieron puntajes de cero, por ello se considerarán a estos dos chicos con ideación suicida.



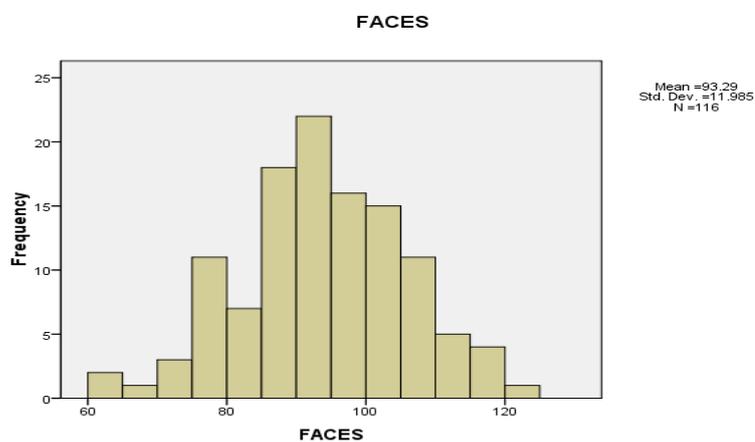
Grafica 3. Frecuencia de las puntuaciones obtenidas en la escala de ideación suicida.

En los resultados obtenidos en la escala de depresión, se puede ver que la media de las puntuaciones fue de 7.27, la mayoría de las puntuaciones se ubicaron entre 0 y 11, como se puede ver en la gráfica (ver gráfica 4). La categorías que se utilizaron en los resultados obtenidos en la escala de depresión fueron los siguientes: 0-21 nivel de depresión bajo, 22-42 depresión moderada y de 43-63 depresión alta. Dentro de la primera clasificación se ubicó el 96.4% de la población estudiada y el porcentaje restante se ubicó en la categoría de depresión moderada, es decir que ninguno de los jóvenes obtuvo puntuaciones por arriba de 42, por lo que ninguno de ellos mostró en la escala síntomas de depresión alta.



Grafica 4. Frecuencia de las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión.

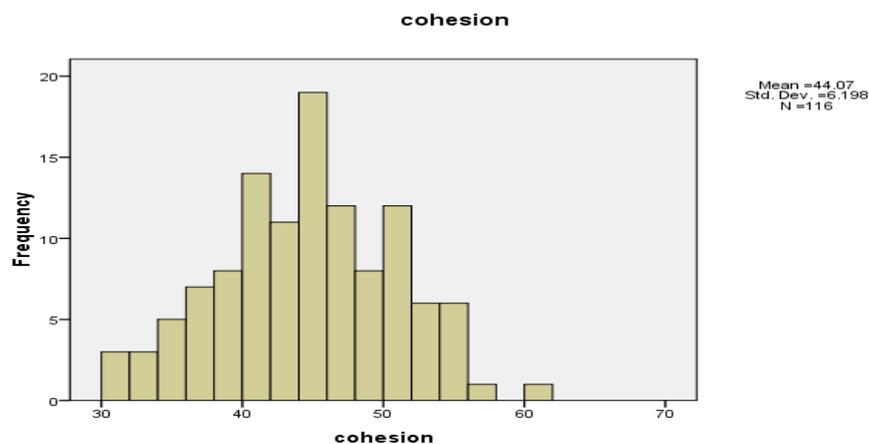
Los resultados de la escala FACES (Escala de Evaluación de la Cohesión y la Adaptabilidad Familiar), mostraron que la mayoría de la población obtuvo una distribución normal en las puntuaciones obtenidas (ver gráfica 5), de tal forma que la media de las puntuaciones fue de 93.29. Las puntuaciones oscilaron entre 61 y 113. Las categorías que se utilizaron de acuerdo a la puntuaciones que se podían obtener en esta escala fueron las siguientes: 0-36 familia rígida-desapegada, 37-74 familia separada-estructurada, 75-112 familia flexible-familia conectada y de 113-150 familia disfuncional o caótica. Por lo que 5.3% de la población se situó en la primera categoría, 87.8% en la segunda categoría y 7% en la tercera categoría.



Gráfica 5. Muestra las puntuaciones obtenidas en la escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar.

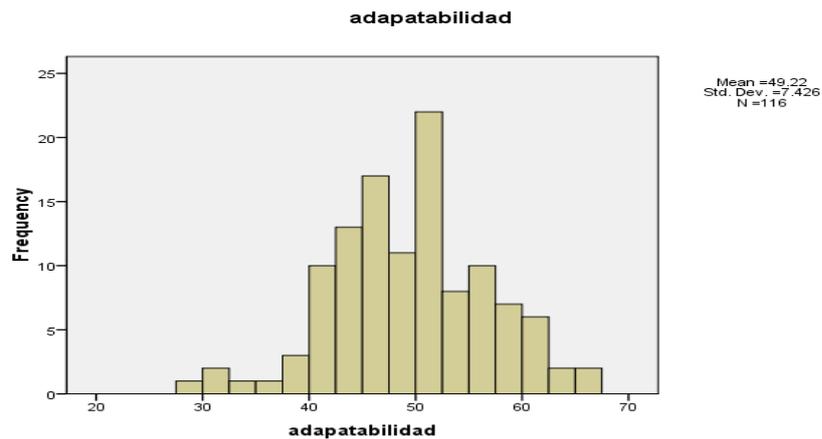
En lo que respecta a los puntajes obtenidos en la escala FACES en la sección de cohesión, principalmente podemos decir que la media de las puntuaciones fue de 44.06, así mismo la mediana y la moda fue de 44 (ver gráfica 6). Las categorías que se obtuvieron en esta sección fueron las siguientes: con 0-18 puntos se les colocó en la categoría de familias desapegadas (cohesión baja) sin embargo ninguno de los jóvenes obtuvo puntuaciones que fluctuaran en este rango, por otra parte 15.6% de la población estudiada obtuvo puntuaciones que oscilaban entre 19-37 lo cual indicaba que pertenecían a familias separadas (cohesión moderada-baja), en la siguiente categoría que fue de 38-56 puntos, el 83.8% de la población se le

categorizó como que pertenecían a familias conectadas (cohesión moderada alta) y finalmente el .9% obtuvo puntajes entre 57 y 75, por lo que se les ubicó en la categoría de familia apegada (cohesión muy alta).



Gráfica 6. Muestra las puntuaciones obtenidas en la sección de Cohesión Familiar en la escala FACES.

En la sección correspondiente a la evaluación de adaptabilidad familiar, en la escala FACES, la media en las puntuaciones fue de 49.22, la mediana de 49 y la moda de 50 (ver gráfica 7). Las categorías para esta sección fueron las siguientes: 0-18 familia rígidas (adaptabilidad muy baja) ninguno de los jóvenes de esta investigación cayó en esta categoría (de acuerdo con la escala), la segunda categoría se conformo con aquellos puntajes que oscilaran entre 19 y 37 puntos y sólo al 4.4% de la población estudiada se le categorizó como jóvenes que pertenecían a familias estructuradas (adaptabilidad moderada baja), el 79.1% de la población de acuerdo a sus puntajes se les colocó en la categoría de familias flexibles (adaptabilidad moderada alta) ya que sus puntajes se encontraban entre 38 y 56 puntos, y finalmente el 16.4% de los jóvenes se les colocó en la categoría correspondiente a familias disfuncionales o caóticas (adaptabilidad alta) con 57 a 75 puntos.



Gráfica 7. Muestra las puntuaciones obtenidas en la sección de adaptabilidad en la escala FACES.

Además par analizar los datos de cada prueba y para saber si existía o no relación entre las variables estudiadas se utilizó el coeficiente de correlación Tau b de Kendall que es una técnica estadística no paramétrica que ayuda a determinar si existe relación en dos variables en una escala ordinal.

Cabe mencionar que el valor de Tau b puede estar entre -1 y 1 lo cual señala que existe relación entre las variables. Como veremos a continuación en la Tabla 1, las variables que más correlacionadas están son las que se marcan con uno o dos asteriscos, considerando un nivel de significancia del 10%, aunque en algunos casos se ven débiles.

La primera variable por mencionar es la edad, al cruzarla con las otras variables, podemos ver que no se relaciona significativamente con ninguna de ellas. En lo que se respecta a la segunda variable que es la desesperanza, se encontró relación con la variable ideación suicida, teniendo una correlación de .145, pero siendo más fuerte la correlación con la variable de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES) con una correlación de -.179, por ello en la correlación por separado de estas dos variables (cohesión y adaptabilidad), el grado de correlación es muy significativa con -.177 y -.130 respectivamente. Así mismo también la desesperanza se relaciona con la variable depresión con .387.

En cuanto a la relación de la variable ideación suicida, se encontró que se relaciona con la desesperanza con .145 y más significativamente con la variable depresión .251. Siendo lo contrario con la cohesión y adaptabilidad familiar que eran de gran importancia en esta investigación.

La variable correspondiente a la cohesión y adaptabilidad familia (evaluada con la escala FACES) se relacionó con la desesperanza -.179, y claro esta que con las variables adaptabilidad y cohesión, pero estas no son relevante, ya que era de esperarse por que son la suma de esta variable, pero además se encontró relación con la depresión con un valor de -.163.

Así mismo la variable cohesión se encuentra relacionada con la desesperanza con un valor de -.177 y con la depresión (-.135). Finalmente se encontró que la variable adaptabilidad se relaciona con desesperanza- (.130) y con la depresión (-.157). Cabe mencionar que estas dos variables se relacionan significativamente entre ellas al igual que con FACES que es la unión de las mismas.

Tabla1. Muestra el grado de correlación existente entre las variables estudiadas de acuerdo con el coeficiente de correlación TAU DE

KENDALL

Kendall's tau_b		EDAD	ESCALA DE DESESPERANZA	ESCALA DE IDEACION SUICIDA	FACES	cohesion	adapatabilidad	ESCALA DE DEPRESIÓN
EDAD	Correlation Coefficient	1.000	-.068	-.083	-.024	-.054	.014	-.071
	Sig. (2-tailed)	.	.347	.301	.735	.450	.849	.332
	N	116	116	116	116	116	116	116
ESCALA DE DESESPERANZA	Correlation Coefficient	-.068	1.000	.145*	-.179**	-.177**	-.130*	.387**
	Sig. (2-tailed)	.347	.	.047	.006	.007	.047	.000
	N	116	116	116	116	116	116	116
ESCALA DE IDEACION SUICIDA	Correlation Coefficient	-.083	.145*	1.000	-.095	-.090	-.064	.251**
	Sig. (2-tailed)	.301	.047	.	.188	.215	.376	.001
	N	116	116	116	116	116	116	116
FACES	Correlation Coefficient	-.024	-.179**	-.095	1.000	.668**	.739**	-.163*
	Sig. (2-tailed)	.735	.006	.188	.	.000	.000	.013
	N	116	116	116	116	116	116	116
cohesion	Correlation Coefficient	-.054	-.177**	-.090	.668**	1.000	.381**	-.135*
	Sig. (2-tailed)	.450	.007	.215	.000	.	.000	.042
	N	116	116	116	116	116	116	116
adapatabilidad	Correlation Coefficient	.014	-.130*	-.064	.739**	.381**	1.000	-.157*
	Sig. (2-tailed)	.849	.047	.376	.000	.000	.	.018
	N	116	116	116	116	116	116	116
ESCALA DE DEPRESIÓN	Correlation Coefficient	-.071	.387**	.251**	-.163*	-.135*	-.157*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.332	.000	.001	.013	.042	.018	.
	N	116	116	116	116	116	116	116

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### 3.2 Discusión

De acuerdo con los resultados encontrados se pudo demostrar que existe relación entre la depresión, la ideación suicida, la desesperanza, la cohesión y adaptabilidad familiar. De manera que en la medida que las tres primeras aumentan, la cohesión y la adaptabilidad familiar bajan, sin embargo es importante mencionar que los resultados encontrados no son generalizables a la población de jóvenes mexicanos, ya que la muestra fue una población pequeña, conformada principalmente por personas del sexo masculino.

Las correlaciones encontradas reflejan que la desesperanza y la depresión, se relacionan positivamente ( $\tau b=0.387$ ) es decir a mayor desesperanza mayor depresión, cabe destacar que esta dos variables fueron las que tuvieron una correlación positiva más alta que la correlación entre otras. En lo que se refiere a desesperanza está correlacionada de manera negativa, cohesión y adaptabilidad familiar, es decir, la relación es inversa: a mayor cohesión y adaptabilidad, menor desesperanza en la población de jóvenes que se estudio.

Los resultados de investigación coinciden con los de otras investigaciones en lo que respecta a las variables antes mencionadas ya que como refiere González Forteza y cols. (1996) en uno de sus estudios sobre conductas suicidas: “la ideación suicida y el riesgo suicida se incrementan cuando una persona con baja capacidad de enfrentamiento o rigidez cognoscitiva, vive situaciones estresantes que le producen sentimientos de depresión y desesperanza” (p.34).

Además lo encontrado en esta investigación indica que a mayor depresión, mayor presencia de ideación suicida y a menor depresión, menor presencia de ideación suicida, y lo mismo con la variable desesperanza lo cual se refuerza con lo encontrado por Guerrero (en: González Forteza y cols. 1999) quien refiere que la ideación suicida es fuente de tristeza y depresión. Así mismo Jiménez (1997) por su parte menciona que entre los factores de riesgo suicida ya identificados se encuentran la depresión y la desesperanza, al igual

que Mondragón y cols. (1998) quienes hallaron también que hay una estrecha relación entre ideación suicida y desesperanza.

Cabe mencionar que de las variables: desesperanza, ideación suicida y depresión la que mejor se correlaciona con desesperanza es la de Cohesión y Adaptabilidad Familiar que fueron evaluadas con la escala FACES, esto quiere decir que se correlacionan mejor cuando se toman las dos variables en conjunto. Por otro lado con la variable depresión ocurre algo parecido en relación con (FACES) cohesión y adaptabilidad, aunque las correlaciones son más débiles y, por supuesto, también negativas.

Sin embargo en lo que respecta a la variable Cohesión y Adaptabilidad Familiar evaluada por medio de la escala "FACES", en esta investigación no se encontró correlacionada con la ideación suicida contrario a lo que se ha hallado en otras investigaciones, como en la realizada por González Forteza y cols. (1998), en donde se menciona que de entre los factores asociados a la ideación suicida se encuentra el estrés en las relaciones familiares, el enfrentamiento ante los conflictos familiares y a su vez se colocó como factor protector en los adolescentes se halló: la percepción del apoyo familiar y el ambiente familiar.

Además González Forteza y cols.,(1999) realizan otra investigación, en donde también refieren que se ha visto que el principal factor de riesgo para el acontecimiento de conductas suicidas en el ambiente familiar disfuncional. Por ello es importante tomar en cuenta que se debe de hacer más estudios acerca de la relación familiar disfuncional e ideación suicida, ya que una de las limitaciones de esta investigación fue que la población fue pequeña y principalmente conformada por hombres, por lo que los resultados no son generalizables a la población mexicana.

Cabe mencionar que hay poca investigación que tome en cuenta las variables estudiadas y su relación con las características y tipos de familia, por un lado, porque los instrumentos para evaluar el funcionamiento familiar no son muy conocidos por los investigadores epidemiológicos y porque la mayor parte

de las investigaciones solo toman en cuenta a la persona y se olvidan del contexto donde dicho sujeto participa, a pesar de que la familia como ha quedado demostrado en múltiples investigaciones puede ser un elemento que contenga o dispare la ideación suicida (Eguiluz, 2003; Eguiluz, Córdova, Rosales y Juárez (en prensa).

Por lo antes señalado considero que es importante seguir estudiando sobre la relación familia-ideación suicida, ya que la depresión se ha relacionado con las conductas suicidas, pero es importante considerar que de igual forma la depresión se origina en el núcleo familiar ya sea por diversos factores tanto a nivel intrínseco como externo, razón por la cuál es importante hacer más estudios sobre como se origina la depresión y que medidas se deben tomar una vez que comienza a presentarse ciertos síntomas de depresión, para que esta situación no conlleve a cualquier acto suicida ya que como refieren Kandiel, Raveis y Davies ( 1991, en: López, Medina-Mora, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon y Rojas, 2002) los adolescentes con ideación suicida se encuentran desadaptados en diversas áreas, por ejemplo: se encuentran más distanciados de sus padres, tienen menores intereses y su rendimiento escolar es menor y se encuentran más involucrados en conductas antisociales.

## CONCLUSIONES

En resumen la evidencia estadística que se encontró en esta investigación indico que las variables de Cohesión y Adaptabilidad Familiar no influyen de manera directa en la presencia de ideación suicida. Sin embargo si se puede decir que existe relación indirecta, pues depresión y desesperanza que parecerían estar ligadas a la presencia de ideación suicida, también están relacionadas con las variables de la dinámica familiar que se midieron.

Además de que los hallazgos obtenidos en este estudio sugieren una relación significativa entre riesgo suicida y eventos de vida negativos, o disfuncionales. Como lo son las situaciones estresantes que se suman a mecanismos de afrontamiento inadecuados lo que influye para que prevalezca la conducta suicida. Por ello es importante destacar que la incapacidad de un individuo para generar alternativas de afrontamiento positivas pudiera ser un factor precipitante en el/la adolescente para que se presenten conductas suicidas.

Además cabe mencionar que a partir de los resultados de esta investigación, y de los de otras investigaciones como en el caso de González-Forteza; Borges, Gómez y Jiménez (1996), Platas, Saucedo, Higuera y Cuevas (1998), Rosales y Caballero (2005) entre otros se puede afirmar que el estudio de los aspectos cognitivos, y los eventos de vida negativos, así como la depresión, tienen importantes implicaciones para la prevención y el tratamiento de la conducta suicida.

Así mismo otro aspecto relevante es que al igual que en otros estudios como los realizado por Mondragón y Cols., (1998) en éste se halló una estrecha relación entre ideación suicida y desesperanza, por lo que considero es substancial que dado que el sentimiento de desesperanza se relaciona con la alta cohesión y baja adaptabilidad familiar, es necesario que se tomen las medidas necesarias dentro de el seno familiar para prever la presencia de

cualquier conducta suicida, como por ejemplo el tener límites claros entre cada uno de los miembros, fomentar el respeto entre los mismos en otras.

Finalmente considero que una de las limitaciones de este estudio es que los resultados y sus conclusiones no pueden ser generalizables a toda la población de jóvenes mexicanos. Un estudio con una muestra más grande y representativa permitiría una evaluación más profunda de las variables estudiadas. Los adolescentes y jóvenes de hoy día están expuestos/as a numerosas situaciones que ponen en riesgo su salud mental. Se recomienda la realización de investigaciones en donde se consideren otros aspectos que podrían estar relacionados a la conducta suicida y profundizar en aquellos como el contexto familiar, el apoyo social y el perfeccionismo.

Además considero es importante que se pase de la investigación descriptiva y cuantitativa a la aplicada a nivel de atención primaria, ya que a lo largo del tiempo ya se ha ahondado en los diferentes factores de riesgo en relación a las conductas suicidas sin embargo creo que un punto importante para prevenir e intervenir es el que al joven se le hable sobre el sentido de la vida.

## REFERENCIAS

- Alcántara, J. (1996). **Cómo educar la autoestima**. España: Ceac. Pp. 9-20
- Alvarez, B. (2002). **Estudios de las creencias salud y enfermedad**. México: Trillas.
- Barcena, R. (2002). **Familia y depresión un enfoque sistémico**. Tesis. Facultad de Estudios Superiores Iztacala
- Barón, A., (1996). **Psicología**. Prentice-Hall. México. pp.652-653
- Beck, A. T., Lester, D. (1976). **Components of suicidal intent completed and attempted suicides**. J. Psychol. 92. pp. 32-38.
- Bedrosian y Beck. (1981). **Aspectos cognoscitivos de la conducta suicida. Salud Mental**. 4 (3). Otoño. pp. 23-27.
- Bedrosian y Beck. (1981). **Aspectos cognoscitivos de la conducta suicida. Salud Mental**. 4 (3). Otoño. pp. 23-27.
- Bermudez, M. (2000). **Déficit de autoestima. Evaluación, tratamiento, y prevención en la infancia y adolescencia**. Madrid: pirámide.
- Bermudes, L., Amador, N., (2002) **Prevalencia, de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México:1997 y 2000**. Salud mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Diciembre, año/vol. 25 num. 006.
- Betancour, D. (2002). **Las relaciones parentales y el apego en adolescentes que han que no han intentado suicidarse**. Tesis para licenciatura. Facultad de Psicología y división de estudios profesionales. Ciudad Universitaria.
- Bobes. G., Saez M., Bascarán. F. y Bousoño. G. (2004). **Comportamientos suicidas prevención y Tratamiento**. México: Ars Médica.
- Branden, N. (2001). **La psicología del autoestima**. México: Paídos, pp. 1991-213
- Buendía, J., Riquelme, A. y Ruiz, J. (2004). **El suicidio en adolescentes. Factores implicados en el comportamiento suicida**. España: Universidad de Murcia.

Caballero, G. M., Ramos L. L.; González, F. C. y Saltijeral, M. Ma. T. (2002). **Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva**. *Psiquitría: México*. 18 (3) Septiembre-Diciembre.

Castillo, G. (2002). **Tus hijos adolescentes**. Madrid: Ediciones Palabra S.A. p. 14.

Casullo, M., Bonaldi, P. y Fernández, M. (2000). **Comportamientos Suicidas en la Adolescencia**. Buenos Aires; Argentina: Lugar Editorial.

Caballero, M., Ramos, L., González, C. y Saltijeral M. (2002). **Violencia familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva**. *Revista de Psiquiatría*. Vol. 18. No.3 Septiembre.

Cava, M., y Musitu, G. (2000). **La potenciación de la autoestima en la escuela**. España: Paidós. Pp. 17-21.

Corsi, J. (Comp.). (2004). **Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social**. México: Paidós.

De la Fuente, R. (2004). **Psicología médica**. México: Fondo de Cultura Económica. p. 165.

Durkheim, E. (2004). **El suicidio**. México: Editorial Tomo.

Eguiluz, L. (Comp.). (2003). **Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico. Sistémico**. México: Pax México, pp. 8-11.

Eguiluz, L.; Córdova, M.; Rosales, C. y Juárez, S. (en prensa). **La investigación del comportamiento suicida en jóvenes**. *Revista Psicología Iberoamericana*.

Estrada, I. (1990). **El ciclo vital de la familia**. México: Posada

Gimeno A.(1999). **La familia el desafío de la diversidad**. Barcelona: Ariel Psicología.

Faw, T. (1982). **Teoría y problemas de psicología del niño**. México. McGraw- Hill.

Ferreira A. (2007). **Suicidio y resiliencia**. *Resiliencia en Psiquiatría y Salud*

Mental. Una propuesta para nuestro siglo. Trabajos elaborados por los Capítulos para el Pre-Congreso APSA 2007.

<http://www.apsa.org.ar/congreso2007/libroprecongreso2007.pdf>

Fishman, H. C. (1989). Tratamiento de adolescentes con problemas: Un enfoque de terapia familiar. Buenos aires: Paidós.

Gómez, C. y Borges, G. (1996). **Los estudios que se han hecho en México**

**sobre la conducta suicida: 1966-1994.** Salud Mental. México. 19 (1), 45- 55.

González-Forteza, C., Borges, G., Gómez, C., Jiménez T. A.. (1996). **Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado Actual y perspectivas.** C. SaludMental. V.19. Abril.

González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, Ma. y Sánchez M. Quintanar, F.

(2007). México: Editorial Pax México.

González-Forteza, C., Berenzon, B. y Jiménez, A. (1999). **Al borde de la muerte:**

**problemática suicida en adolescentes.** Salud Mental. México. Número especial, 145 -153.

González Forteza. C., Medina-Mora, E. Villatoro, J., Alcantar, E., Fleiz, B., Guibert, W.

(2002). **La promoción de salud ante el suicidio.** Revista Cubana Medicina General Integral. Enero-Febrero. vol.18, no.1, p.33-45. ISSN 0864-2125.

Gutiérrez-García, A., Contreras C., Orozco-Rodríguez, C. (2006). **El suicidio, conceptos**

**actuales.** Salud Mental, Vol. 29, No. 5, septiembre-octubre 2006

Jiménez, G. (Sep- Dic 1997). **Depresión desesperanza e intento suicida.** Psiquiatría. Vol.13. (3), 74-76.

Ledesma, T. (2001). **Diferencia entre la familia nuclear y la familia reconstruida desde un enfoque Sistémico.** Tesina de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. Méx., México.

Lenz, R. Abril (2003). **Suicidio.** Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Lindenfiel, G (1999). **Autoestima.** Mexico: Plaza & Janes.

Lorenzo. P, Ladero. J, Leza. J. (2003). **Drogodependencias. Farmacología. Patología. Legislación.** México: Panamericana.

López, E. K., Medina-Mora, Ma. E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. y Rojas, E. (1995). **La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas. Resultados de una encuesta en la población estudiantil.** Salud Mental. 18 (4). Diciembre.

Maida, A. (2004). **Adolescencia y Familia.** Departamento de Pediatría Oriente, Hospital Luis Calvo Mackenna Universidad de Chile. Medwave. Año 4, No. 7, Edición Agosto 2004.

Maniciaux, M. (2003). **La resiliencia: resistir y rehacerse.** España: Gedisa.1

Martos, A. (2004). **No puedo más, las mil caras de maltrato psicológico.** México: Mc Graw Hill.

Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo xx al tercer milenio. **Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad.** Salud Mental, Vol. 24, No. 4, agosto 2001 3

Mendive, G. (2005). **La educación Familiar y sus desafíos.** México: Paidós.

Melgoza, M. (Coord.). (2002). **Adolescencia, espejo de la sociedad actual.** Serie: Repasando y repensando la adolescencia. Buenos Aires: Argentina: Lumen.

Minuchin, S. (1986). **Familias y terapia familiar.** México: Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman. (2005). **Técnicas de terapia Familiar.** Barcelona, España: Paidós.

Montalvo, J. y Soria, R. (1997). **Estructura familia y problemas psicológicos.** Psicología y Ciencia Social .1(1-2),32-36.

Montalvo, J. (2004). **Terapia sistémica breve estructural: teoría, investigación y aplicaciones.**

Mondragón, L., Borges, G. y Gutiérrez. (2001). **La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos.** Salud Mental, Vol. 24, No. 6, Diciembre.

Mondragón, L., Saltijeral, Ma. T., Bimbela, A. y Borges G. (1998). **La ideación Suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y el alcohol.** Salud Mental. 21 (5) Octubre. pp. 20-27

Mora, J., Natera, G., y Juárez, F. (2005). **Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes.** Salud Mental Vol. 28, No 2. Abril.

Palencia, N. (1998). **Características demográficas del paciente suicida y evaluación de la estructura familiar.** Tesis de Especialidad (en Psiquiatría) Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina-Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Pérez, S. C., Romero, O. y Lara Muñoz.(2005). **Relación familiar e intento de suicidio en una cohorte de estudiantes de secundaria.** Psiquiatría. 21. (1) Enero-Abril.

Perone, R. y Nannini M. (2000). **Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional.** México: Paidós. Terapia Familiar.

Platas, V. E., Saucedo, J., Higuera, F. y Cuevas (1998).**Funcionamiento psicosocial en menores que intentan el suicidio.** Psiquiatría. México. 14 (2). Mayo-Agosto.

Quintanar, F. (2007). **Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento.** México: Editorial Pax México.

Rosales, M. P. y Caballero, A. R. (2005). **Relación entre la ideación suicida, desesperanza, soledad y características sociodemográficas en estudiantes universitarios de 17 a 29 años.** Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Ritvo, E. y Glick, I. (2003). **Terapia de pareja y familiar.** Guía práctica. México: Manual Moderno.

Rivero, B., (1996) **Detección Correlacional entre variables asociadas en el desarrollo familiar y los signos precoces de deterioro psicológico infantil, un aporte a la psicología preventiva.** Tesis Doctoral, UNAM México.

Romero, B. (2002). **Comunicación patológica en la Familia y su influencia en el suicidio de hijos adolescentes.** Tesina de licenciatura.

Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. Méx., México.

Satir, V. (1986). **Relaciones Humanas en el núcleo familiar**. México: Pax México.

Serrano, M., Piñuel, J., García, J. y Arias, M. (1993). **Teoría de la comunicación**. México. Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán. pp. 143-146

Suares M. (2005). **Mediando en sistemas familiares**. Paidós. Barcelona. pp. 217-218

Terroba, G., Heman, A., Saltijeral, M. y Martínez, P. (1986). **Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y el suicidio consumado**. Salud Mental. México. 9 (1), 74-80.

Tozzini A. (2005). **El suicidio**. Buenos Aires Argentina: lexis Nexos

Trujano, P., Gómez, N. y Mercado, J. (2004). **Violencia Intrafamiliar: las terapias narrativas y su aplicación en el maltrato infantil psicológico**. Historia de caso. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Vol.7. No. 1. Enero.

Umbarger, C.. (1983). **Terapia Familiar Estructural**. Buenos Aires. Amorrortu.

Vargas, J. Ibáñez, J. (2006). **Solucionando los problemas de pareja y Familia: fundamentos teóricos alternativas de solución a los conflictos desde la perspectiva del vínculo**. México: Pax.

Vielva, I. Pantoja, L. y Albeijón J. (2001). **Las familias y sus adolescentes ante las drogas. El funcionamiento de la familia con hijos adolescentes consumidores y no consumidores de drogas. De comportamiento no problemático. Avances en Drogodependencias**. España: Universidad de Deuston. Bilbao.

Villardón, G., L., (1993). **El pensamiento de suicidio en la adolescencia**. Bilbao. Universidad de Deusto Instituto de Ciencias de la Educación.

Woolfolk, A. (1990). **Psicología educativa**. México: Prentice-Hall. Pp. 337-339.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1995). **Teoría de la comunicación Humana. Interacciones, patología y paradojas.** Barcelona: Herder. pp.22-23

**ANEXOS**

# ANEXO 1

## ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE A.T. BECK.

Instrucciones:

A continuación se te presentarán una serie de descripciones que en muchas ocasiones se apegan a lo que algunas personas sienten. Marca con una X (equis) la opción de respuesta que corresponde a tu vivencia personal de este último mes.

### Sección I

¿Qué tantas ganas tienes de seguir viviendo?

El deseo de vivir es fuerte o moderado

El deseo de vivir es poco, débil

No tiene deseos de vivir

¿Qué tanto desea usted morir?

0) No tiene deseos de morir

1) El deseo de morir es poco

2) El deseo de morir es fuerte o moderado

3. Para usted ¿es preferible vivir que morir o morir que vivir?

0) Vivir vale más que morir

2) Morir vale más que vivir

3) Le da lo mismo vivir que morir

4. ¿Ha deseado firmemente quitarse la vida?

0) Ningún deseo de realizar un intento serio

1) Lo he deseado de vez en cuando

2) Lo desea en forma continua y permanente

5. Si deseas quitarse la vida, ¿En que momento lo haría?

1) Lo haría cuando alguien lo pudiera rescatar

2) Dejaría la vida o la muerte a su suerte (ej. Cruzar la calle sin precaución)

3) Usted mismo (a) lo propiciaría o se dejaría morir sin involucrar a nadie.

Nota: Si contestó 0 en las preguntas 4 0 5, no conteste las secciones II, III Y IV y pase a la sección V.

## Sección II

6. ¿Qué tanto tiempo piensa (duración del pensamiento}9en la posibilidad de atentar contra su vida?

Lo piensa en períodos cortos o en forma pasajera

La idea permanece por mas tiempo

El pensamiento es (crónico) constante

¿Qué tan seguido (frecuencia del pensamiento) en la posibilidad de atentar contra su vida?

Lo piensa rara vez u ocasionalmente

Lo piensa intermitentemente

Lo piensa continuamente, persistentemente

8. Cuando tienen estos pensamientos ¿Qué hace con ellos?

0) Los rechaza

1) Le son indiferentes o ambivalentes

2) Los acepta

Cuando ha tenido pensamientos de morir.

Los ha podido controlar

Le es difícil o no se siente seguro de controlarlos

No puede controlarlos

¿Hay alguna razón o motivo por el que usted se ha detenido o que le haya impedido llevar a cabo sus deseos de quitarse la vida (como familia, creencias religiosas, intento previo, etc.)?

No cometería suicidio por que hay motivos suficientes que se lo impediría.

Hay cierta duda por los motivos que lo impedirían  
No le importan o tiene una mínima importancia los motivos que se lo impiden.

Especifique \_\_\_\_\_

¿Qué razones tiene para llevarlo a cabo un intento?

Sus intenciones son para manipular, llamar la atención o por venganza

Combinaciones de 0 y 2

Sus intenciones son para escapar, poner fin o resolver sus problemas

### Sección III

¿Usted ha planeado en que forma se quitaría la vida?

No lo he considerado

Lo ha considerado pero no en detalle

Lo ha considerado, muy detalladamente

¿Qué tan difícil sería conseguir el método para llevarlo a cabo?

Le es difícil conseguir el método

La forma en que planea destruirse le llevaría tiempo y esfuerzo, las oportunidades que tiene son pocas

La forma en que planea atentar contra su vida es factible porque hay oportunidades para lograrlo

Hay una planeación anticipada de éxito para conseguir el método y la oportunidad para llevarlo a cabo.

¿Usted cree que podría llevar a cabo un intento?

Le asusta la idea, no es lo suficientemente fuerte, no tienen valor, es incapaz de llevarlo a cabo

No está muy seguro de tener el valor de hacerlo, pero cree que es más capaz

Está totalmente seguro de lo que puede llevar a cabo y tienen el valor y la capacidad para hacerlo

¿Usted ha pensado en las consecuencias de autodestruirse?

No lo he pensado

No está muy seguro

Si lo ha pensado

#### Sección IV

Últimamente ¿Ha planeado y preparado como autodestruirse?

No lo he preparado

Lo ha preparado en forma parcial (empieza a preparar el método)

Lo ha preparado completamente (ya tiene el método)

Últimamente ¿ha escrito o pensado enviar a alguien alguna nota sobre los motivos por lo cuáles desea terminar su vida?

No

Empezó a escribir pero no lo termino, solamente ha pensado en hacerlo

Ya tiene un escrito hecho

Actualmente ¿Ha pensado o realizado en forma verbal o escrita la distribución de su bienes?

No

Lo he pensado y/o hecho algunos arreglos

He realizado arreglos y planes definitivos

19. Actualmente ¿Ha dejado entrever sus intenciones de quitarse la vida?

0) Reveló abiertamente sus ideas

1) Evitó revelarlas

2) Trató de disimularlo o de ocultarlo

#### Sección V

20. ¿Intento suicidarse previamente?

0) No o nunca (si esta fue tu opción no contestes la pregunta 21)

1) Una vez

2) Más de una vez

21. ¿Qué tanto deseó morir en esta ocasión en comparación con la última vez que lo intentó?

0) El deseo fue insignificante en esta ocasión

1) El deseo fue moderado, ambivalente en esta ocasión

2) Un gran deseo de morir en esta ocasión.

# ANEXO 2

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

(BECK DEPRESSION INVENTORY)

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado  
escolar: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan 21 apartados, se le pide que conteste a cada uno de ellos marcando con una "X" la frase que mejor refleje su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Por favor responda a cada una, tachando un círculo de apartado, si se equivoca puede borrar y marcarlo nuevamente.

Los resultados serán válidos si responde con toda sinceridad a cada una de las situaciones.

Puede empezar...

### LISTA DE ÍTEMS

1.-

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.-

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro

Me siento desanimado respecto al futuro

Siento que no tengo nada que esperar

Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

3.-

No me siento fracasado

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso

Me siento una persona totalmente fracasada

4.-

Las cosas me satisfacen tanto como antes

No disfruto de las cosas como antes

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas

Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5.-

No me siento especialmente culpable

Me siento culpable en bastantes ocasiones

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones

Me siento culpable constantemente

6.-

Creo que me siento castigado

Siento que puedo ser castigado

Espero ser castigado

Siento que estoy siendo castigado

Quiero que me castiguen

7.-

No me siento descontento conmigo mismo

Estoy descontento conmigo mismo

Me avergüenzo de mí mismo

Me odio y me avergüenzo de mi mismo

8.-

No me considero peor que cualquier otro  
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores  
Continuamente me culpo por mis faltas  
Me culpo por todo lo malo que me sucede

9.-

No tengo ningún pensamiento de suicidio  
A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría  
Desearía suicidarme  
Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10.-

No lloro más de lo que solía  
Ahora lloro más que antes  
Lloro continuamente  
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera

11.-

No estoy más irritado de lo normal en mí  
Me molesto o irrito más fácilmente que antes  
Me siento irritado continuamente  
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

12.

No he perdido el interés por los demás  
Estoy menos interesado en los demás que antes  
He perdido la mayor parte de mis intereses por los demás  
He perdido todo el interés por los demás

13.

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho  
Evito tomar decisiones más que antes  
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes

Ya me es imposible tomar decisiones

14.

No creo tener peor aspecto que ante

Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo

Creo que tengo un aspecto horrible

15.

Trabajo igual que antes

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo

Tengo que obligarme mucho para hacer algo

No puedo hacer nada en absoluto

16.

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormirme.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

17.

No me siento más cansado de lo normal

Me canso más fácilmente que antes

Me canso en cuanto hago cualquier cosa

Estoy demasiado cansado para hacer nada

18.

Mi apetito no ha disminuido

No tengo tan buen apetito como antes

Ahora tengo mucho menos apetito

He perdido completamente el apetito

19.

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada

He perdido más de 2 Kg y medio

He perdido más de 4 Kg

He perdido más de 7 Kg

Estoy a dieta para adelgazar

20.

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.

Estoy ten preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

Estoy menos interesado por el sexo que antes

Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo

He perdido totalmente mi interés por el sexo

# ANEXO 3

# ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA COHESIÓN Y LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR (FACES III) EN ESPAÑOL (MÉXICO).

En los siguientes puntos marca la opción que identifique cómo es tu familia la mayoría de las veces

	N	D	V	Fr	Ca
	asi nunc a	e vez en cuand o	arias veces	eciente mente	si sie mpre
1. Los miembros de mi familia se apoyan los unos a otros en momentos difíciles.					
2. En mi familia a cada quien le es fácil expresar su opinión.					
3. Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de mi familia, que con los miembros de mi misma familia.					
4. Cada miembro de mi familia aporta algo en las decisiones familiares importantes.					
5. Mi familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto.					
6. Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina.					
7. Mi familia acostumbra hacer actividades en conjunto.					
8. Los miembros de mi familia discuten problemas y se sienten bien acerca de las soluciones.					
9. En mi familia cada quien escoge su propio					

camino.					
10. Se rotan los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de mi familia.					
11. Los miembros de mi familia conocen respectivamente a los amigos más íntimos de cada uno de sus integrantes					
12. Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en mi familia.					
13. Los miembros de mi familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que se tienen que tomar.					
14. Los miembros de mi familia dicen lo que quieren.					
15. Cuando pensamos en hacer actividades como familia, tenemos dificultades.					
16. Cuando hay que resolver problemas, aceptamos las sugerencias de los niños.					
17. Los miembros de mi familia se sienten muy cercanos unos a otros.					
18. La disciplina es razonable y justa en mi familia.					
19. Los miembros de mi familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros de la familia.					
20. Mi familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.					
21. Los miembros de mi familia aceptan lo que la familia decide hacer.					
22. En mi familia todos compartimos responsabilidades.					

	asi nunc a	e vez en cuand o	D arias veces	Fr eciente mente	Ca si siempre
23. Los miembros de mi familia acostumbran a compartir su tiempo libre con los demás miembros de la misma.					
24. Es difícil conseguir que cambien las reglas en mi familia.					
25. Los miembros de mi familia se evitan unos a otros cuando están en la casa.					
26. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos.					
27. Aprobamos a los amigos de cada quien.					
28. Los miembros de mi familia temen expresar sus pensamientos, es decir, lo que piensan.					
29. En mi familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total.					
30. Los miembros de mi familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros.					

# ANEXO 4

## ESCALA DE DESESPERANZA DE CORDOVA Y COLS.

Instrucciones:

Del lado izquierdo hay 16 afirmaciones. Y del lado derecho cinco opciones de respuesta para esas afirmaciones: Siempre, Frecuentemente, A Veces, Casi Nunca y Nunca. Por favor lee con cuidado cada una de las afirmaciones y tacha en el recuadro vacío la opción de respuesta que mejor se ajuste a tus vivencias de la última semana, incluyendo el día de hoy. Elige solo una opción.

AFIRMACIÓN	Siempre	Frecuentemente	A Veces	Casi Nunca	Nunca
1.- Mis ilusiones decaen cuando pienso en el futuro					
2.- Pienso que el futuro traerá cosas agradables para mi vida					
3.- Pienso que mi futuro mejorará en comparación con mi situación presente					
4.- Siento decepción al no percibir un futuro prometedor					
5.- Pienso que las situaciones o condiciones que viviré en el futuro serán muy prometedoras					
6.- Siento desesperación debido a que el futuro me parece incierto					
7.- Siento decepción al pensar, que por más que me esfuerce las cosas no van a cambiar					
8.- Pienso que si en el futuro cambian las cosas, será para empeorar					
9.- Siento desesperación porque					

creo que las cosas no van a cambiar con el paso del tiempo					
10.- Pienso que será por mi culpa que en el futuro las cosas no resultarán como quisiera					
11.- Me ilusiono por lo que haré en el futuro					
12.- Pienso que las situaciones que se me presentarán en el futuro serán desfavorables					
13.- Pienso que es acertado el refrán “cada quién es responsable de su propio futuro”					
14.- Pienso “que tengo un gran futuro” por delante					
15.- Pienso que alcanzare todas las metas que me he propuesto.					
16.Pienso que tengo la capacidad o habilidad para formarme “un buen futuro”					